اضطراب السلوك الفوضوى

تأليف

أ. د. مجدي محمد الدسوقي

استاذ الصحة النفسية

رئيس قسم العلوم التربوية و النفسية

كلية التربية النوعية - جامعة المنوفية

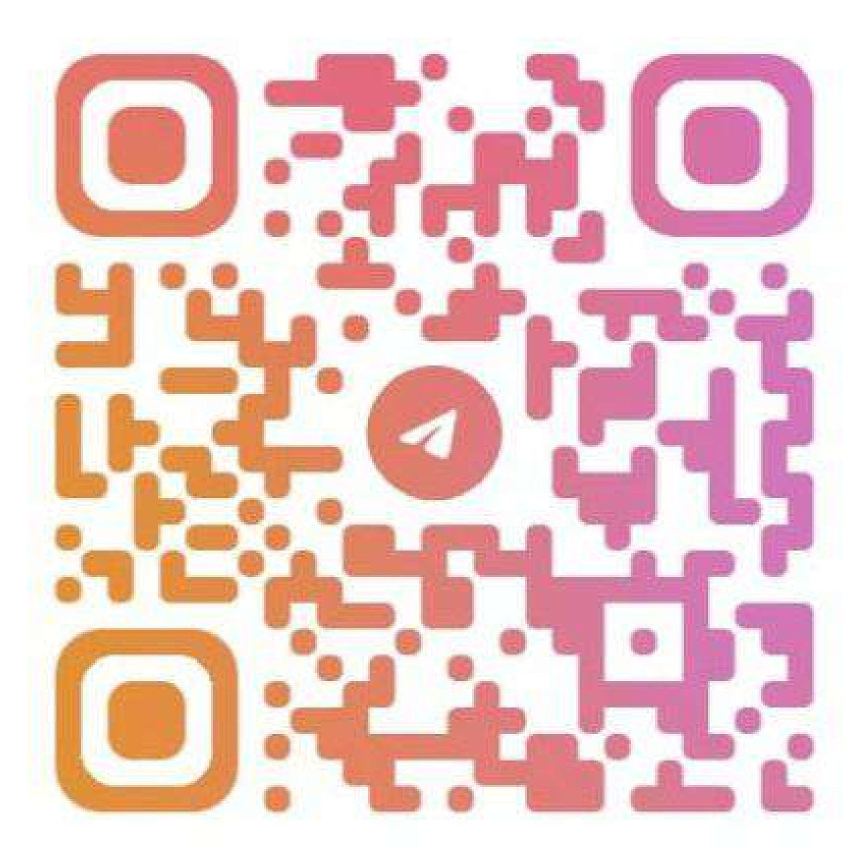









مكتبة سور الازبكية
تليجرام
s://t.me/kotokha


@KOTOKHATAB


mohamed khatab

اضطراب السلوك الفوضوى

أ.د / مجدى محمد الدسوقى

أستاذ الصحة النفسية

رئيس قسم العلوم التربوية والنفسية

كلية التربية النوعية – جامعة المنوفية .



اسم الكتاب : اضطراب السلوك الفوضوى

إعداد : أ.د/ مجدى محمد الدسوقى

الناشر : دار جوانا للنشر والتوزيع



العنوان : 99 أبراج الأمل

الاوتستراد – المعادى

ت : 01003132615

البريد الالكترونى
Dargwana2050@yahoo.com

رقم الإيداع : 2014/25695

الترقيم الدولى : 9789776469100

الموزع : دار العلوم للنشر والتوزيع



العنوان : 29 شارع 9 – المعادى

ت : 02/2359318

ت : 01226122212

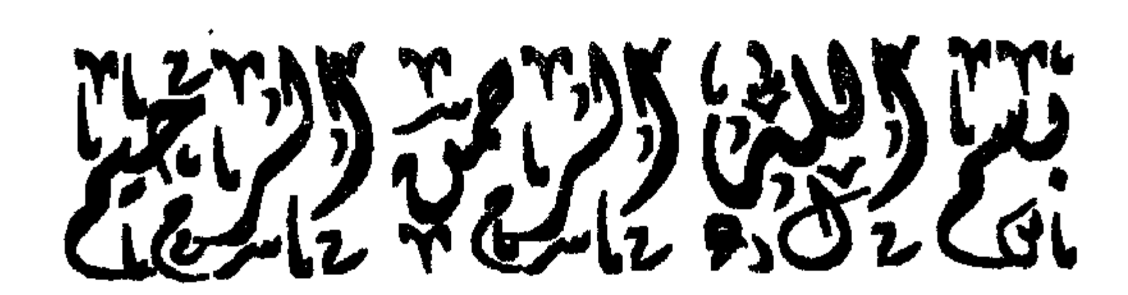
البريد الالكترونى
daralaloom@hotmail.com

الموقع الالكترونى
www:dareloloom.com

الدسوقى ، مجدى محمد
اضطراب السلوك الفوضوى / مجدى محمد السوقى
.- القاهرة : دار جوانا للنشر والتوزيع ، 2014 .
ص ، سم
تدمك 9789776469100
1- الأطفال ، علم النفس
2- السلوك (علم النفس) 3- الاضطرابات النفسية
4- اضطرات السلوك
أ- العنوان
155،4

طبعة 2015

https://t.me/kotokhatab


بسم الله الرحمن الرحيم

الإهداء

إلى رفيقة عمري وشريكة أفراحي واتراحي
إلى امتداد وجودي
أمل عمري ـ الحاضر والمستقبل
إلى أبنائي سلمى ، وسالي ، ويوسف
الذين ملأ حبهم العقل والقلب

مقدمة الكتاب

الحمد لله ، نحمده ونستغفره ، ونتوب إليه ، ونعوذ بالله من شرور أنفسنا ومن سيئات أعمالنا ، فمن يهده الله فلا مُضِل له ، ومن يضلل فلا هادي له ، وأشهد أنّ لا إله إلاّ الله وحده لا شريك له وأشهد أن محمداً عبده ورسوله ، خاتم الأنبياء والمرسلين الذي أرشد البشرية وهداهم إلى الصراط المستقيم صلى الله عليه وسلم تسليماً كثيراً .

وبعد ،

يعد مصطلح السلوك الفوضوي أو السلوك التدميري أو السلوك المعرقل أو المعطل Disruptive Behavior أحد المفاهيم الحديثة في مجال الصحة النفسية ، وهذا المفهوم يتداخل مع السلوك العدواني وسلوك العنف ، وهناك العديد من الدراسات التي تناولت السلوك الفوضوي في إطار الفئات الخاصة باعتباره من المظاهر السلوكية الشائعة لدى هؤلاء الأفراد ، غير أن هذا لا يمنع من وجود كم من الدراسات التي تناولته مع العاديين وفي فئات عمرية مختلفة ، ويعمل السلوك الفوضوي على إثارة المشاكل والفوضى الأمر الذي يمثل تشويهاً لأشكال السلوك الاجتماعي ، ومصطلح السلوك الفوضوي لم يكن مستخدماً بشكل واسع في مجال الصحة النفسية حتى وقت قريب ، وذلك بنفس القدر الذي استخدمت فيه مفاهيم ومصطلحات متشابهة كالعدوان والعنف والغضب ... إلخ من المصطلحات التي تتشابه في الشكل وتختلف في المضمون وفي الآثار المترتبة عليها ، وتتمثل الأعراض المرضية البارزة لاضطرابات السلوك الفوضوي لدى الأطفال في التشاجر ، والسرقة ، والكذب ، وإشعال الحرائق ، وسوء استخدام المادة ، وعند تناول التاريخ المرضى من المهم الحصول على معلومات من مصادر متعددة

تتضمن الأطفال والوالدين والمعلمين ، وينبغي على أخصائي الرعاية الصحية الأساسية للأطفال أن يكون ملماً بقدر الإمكان عن كل شيء يتعلق بسلوك الوالدين والتفاعلات بين الوالدين والطفل ، ونقاط القوة عند الطفل لأن هذه المعلومات تكون ذات قيمة عند تخطيط العلاج وتنفيذ التدخلات المطلوبة ، ويجب وضع عمر الطفل ونوعه أو جنسه في الاعتبار لأنه في الأعمار المختلفة يُظهر الأطفال أنواع مختلفة للسلوكيات الفوضوية ؛ حيث يكون تدمير ممتلكات الآخرين أكثر انتشاراً في الأعمار الأكبر ، ويتجه الذكور إلى الهجوم البدني بينما يتجه الإناث إلى العنف اللفظي غير المباشر ، وعند تقدير الطفل الذي يعانى من السلوكيات الفوضوية من المفيد استخدام المعايير الموصوفة في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (DSM-IV-TR) أو المعايير الموصوفة في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية (DSM-5) المتعلقة بتشخيص كل من اضطراب العناد والتحدي ، واضطراب المسلك ، فعلى سبيل المثال في حالة الطفل الذي يُظهر العدوان من المهم أن نحدد أي نوع من العدوان الذي يظهره الطفل مثل العدوان اللفظي والعدوان البدني ، وإلى من يتم توجيه العدوان هل الوالدين أم الأطفال الآخرين ، أم الحيوانات ... إلخ وينبغي على الكلينيكى أن يسأل عن المدة التي ظهرت فيها هذه السلوكيات ، وإذا ما كان هناك أي تغير هام أو دال حدث في حياة الطفل قبل بداية حدوث السلوكيات الفوضوية ومن المهم أيضاً سؤال الوالدين والمعلمين وغيرهم من الكبار الذين يقدمون الرعاية للطفل عن مدى فوضوية هذه السلوكيات ، والأفراد الذين لديهم اضطراب المسلك يكونوا في أغلب الأحيان غير قادرين على تقدير قيمة رفاهية الآخرين ، ويكون تأنيب الضمير لديهم

منعدم بشأن الإضرار بالآخرين ، ولهذا فهم لا يقدرون أو يفهمون أن سلوكهم يؤثر بطريقة سلبية على الآخرين .

ويتألف الكتاب الذي بين أيدينا من اثنى عشر فصلاً على النحو التالي :

الفصل الأول : يتناول مفهوم الاضطراب وخصائصه ومكوناته ، ومعدلات انتشاره والحالة المرضية المشتركة ، والمعالم الكلينيكية للاضطراب وعوامل المخاطرة .

الفصل الثاني : يتناول تشخيص اضطرابات السلوك الفوضوي ، وأسباب حدوث الاضطراب .

الفصل الثالث : يتناول العلاجات النفسية والدوائية للاضطراب .

الفصل الرابع : يتناول المكونات النفسية والمعرفية للسلوك الفوضوي .

الفصل الخامس : يتناول أبعاد اضطراب السلوك الفوضوي .

الفصل السادس : يتناول السمات القاسية غير الانفعالية لاضطرابات السلوك الفوضوي .

الفصل السابع : يتناول تصنيفات اضطراب السلوك الفوضوي .

الفصل الثامن : يتناول تقدير اضطراب السلوك الفوضوي .

الفصل التاسع : يتناول اضطراب السلوك الفوضوي لدى المتأخرين عقلياً .

الفصل العاشر : يتناول القضايا الأخلاقية المتعلقة ببحوث اضطرابات السلوك الفوضوي .

الفصل الحادي عشر : يتناول تدريب الآباء الذين لديهم أطفال صغار يعانون من مشكلات سلوكية .

الفصل الثاني عشر : يتناول مقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي .

وأسأل الله سبحانه وتعالى أن أكون بهذا الجهد العلمي المتواضع قد أسهمت في إثراء المكتبة المصرية والعربية في علم النفس والصحة النفسية ، وأن أسهم في تمهيد الطريق أمام صغار الباحثين لإجراء المزيد من الدراسات حول اضطرابات السلوك الفوضوي ، ويسعى كل مؤلف لأن يقدم عملاً متكاملاً ويأمل ذلك باستمرار ولكنه منذ اللحظة التي ينتهي فيها من إعداد الكتاب يشعر أنه مازال بعيداً عن الهدف وكأنه لم يبدأ بعد فيبدأ مرة أخرى من جديد يتابع ما انتهى إليه منقحاً ومضيفاً ، ومن ثم يصبح للسعي معنى وللعمل متعة ؛ حيث لا يستقر له قرار ولا يرتوي من نبع واحد ؛ فالوصول إلى ذلك غاية تُنشد ومستقر ينتهي والعلم ليس له نهاية .

وأخيراً ... اللهم إني بذلت قدر جهدي ما استطعت ، واستنفرت من طاقتي ما أدركت ، وتوكلت عليك سبحانك فيما كتبت ، فإن كنت وصلت إلى الصواب فيما ذهبت إليه فالمنة والفضل منك ، وإن كان هناك خطأ أو نقص في جانب من جوانب هذا الكتاب أو لم يجد القارئ أو الباحث ضالته المنشودة فالعيب مني ، وحسبي أنني بشر سعيت وقدمت ما أتاحته قدراتي في قالب رأيت أنه المفيد من وجهة نظري فأخطأت وأصبت ، وآمل لموضوعات هذا العمل العلمي المتواضع أن تثير التساؤلات أكثر من أن تجيب عنها ...... وهكذا يتطور العلم ، وفي النهاية اللهم إني أتوجه إليك بالرجاء والدعاء أن يكون هذا العمل العلمي خالصاً لوجهك الكريم وأن تنفعني به ، وأن ينتفع به القارئ والباحث .

اللهم علمني ما ينفعني ، وانفعني بما علمتني ، وزدني علماً

والله الموفق ،،،

دكتور/ مجدي محمد الدسوقي

https://t.me/kotokhatab

الفصل الأول

الفصل الأول

نظرة عامة حول الاضطراب

مقدمة :

تم وصف اضطرابات السلوك الفوضوي كمجموعة من الأعراض المرضية التي تتسم بسلوك فوضوياً من الناحية الاجتماعية التي تكون أكثر إزعاجا للآخرين من جانب الشخص الذي يبادر بهذا النوع من السلوك الذي يسبب الكرب للآخرين ، وتتضمن اضطرابات السلوك الفوضوي أربعة أنماط لمجموعة من الأعراض المرضية المعروفة باسم :

١- اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) الذي يتسم بأعراض مرضية بارزة تتمثل في نقص الانتباه ، والنشاط الزائد، والاندفاعية .

٢- اضطراب المسلك Conduct Disorder (CD) الذي يتضح من خلال نمط من السلوك ينتهك الحقوق الأساسية للآخرين أو المعايير المجتمعية الرئيسية الملائمة للعمر الزمني .

٣- اضطراب العناد والتحدي Oppositional Defiant Disorder (ODD) الذي يتضح من خلال نمط يتسم بالسلبية والعدوان ، والتحدي .

٤- اضطراب السلوك الفوضوي غير المعين أو غير المنصف على نحو آخر Disruptive Behavior Disorder Not Otherwise Specified (DBDNOS) وتختص هذه الفئة بالاضطرابات التي تتسم بسلوك أو تصرفات عنادية متحدية لا تستوفي المعايير الخاصة باضطراب المسلك أو اضطراب العناد والتحدي ، مثل تلك الحالات لا تستوفي المعايير الخاصة بأي من هذين الاضطرابين إلا أنها تنطوي على إعاقة ذات دلالة كلينيكية .

وهذه الاضطرابات تعتبر من أكثر الاضطرابات انتشاراً لدى الأطفال والمراهقين ، وتعتبر سبب الإحالة الرئيسي لمراكز العلاج المزودة بأماكن للإقامة Residential Treatment Centers (RTC) (لوبز – فيلالوبوس وآخرون Lopez-Villalobos et al. ، ٢٠١٢ ؛ الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association ، ٢٠١٣) .

وتحدث اضطرابات السلوك الفوضوي في مرحلة الطفولة وتتعلق باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، واضطراب المسلك ، واضطراب العناد والتحدي (هانزورث Hainesworth ، ٢٠٠١) ، وتعد اضطرابات السلوك الفوضوي السبب الأكبر والأكثر تكراراً لإحالة أو تحويل الأطفال والمراهقين إلى عيادات الطب النفسي (جريزنكو وباوليوك Grizenko & Pawliuk ، ١٩٩٤) .

وتبدأ اضطرابات السلوك الفوضوي بصفة عامة في السنوات الدراسية بالمرحلة الابتدائية وتتطور قبل الدخول في مرحلة المراهقة ، ومع ذلك فبداية حدوث كل اضطراب تظهر داخل هذا المدى العمري والمعدلات العالية لاضطراب العناد والتحدي والسلوك العدواني ، والسلوك الذي يتسم بعدم الامتثال في سنوات ما قبل سن دخول المدرسة تعتبر ثابتة إلى حد ما ، وتتنبأ بالمشكلات التي تحدث في المدرسة ، وكذلك المشكلات السلوكية والصحية الخطيرة في مرحلة المراهقة مثل سوء استخدام المخدرات والاكتئاب ، وانحراف الأحداث والتسرب من المدرسة (ويبستر – ستراتون Webster-Stratton ، ١٩٩٨) .

واضطرابات السلوك الفوضوي هي أحد الأسباب الشائعة بدرجة كبيرة جداً للتحويل أو الإحالة إلى الأخصائيين النفسيين الكلينيكيين والأطباء

النفسيين للأطفال ، وهي إحدى المشكلات الكلينيكية الهامة فيما يتعلق بالحالة المرضية المشتركة والخلل الوظيفي عند الأطفال ، وتسبب هذا الاضطرابات مشكلات خطيرة في النمو النفسي الاجتماعي عند الفرد ، ويبدأ السلوك الفوضوي في مرحلة الطفولة المبكرة ويتحول إلى مشكلات سلوكية في مرحلة الرشد تتمثل في ارتكاب الجرائم ، وسوء استخدام المخدرات ، والمعاناة من الاضطراب النفسي ، ومحاولة الانتحار ، والعنف ضد الشركاء ، وإنجاب الأطفال (فيرجسون Fergusson ، ٢٠٠٨) .

ويعد مصطلح السلوك الفوضوي أو السلوك التدميري أو السلوك المعرقل أو المعطل Disruptive Behavior أحد المفاهيم الحديثة في مجال الصحة النفسية ، وهذا المفهوم يتداخل مع السلوك العدواني وسلوك العنف ، وهناك العديد من الدراسات التي تناولت السلوك الفوضوي في إطار الفئات الخاصة باعتباره من المظاهر السلوكية الشائعة لدى هؤلاء الأفراد ، غير أن هذا لا يمنع من وجود كم من الدراسات التي تناولته مع العاديين وفي فئات عمرية مختلفة ، ويعمل السلوك الفوضوي على إثارة المشاكل والفوضى الأمر الذي يمثل تشويهاً لأشكال السلوك الاجتماعي .

ومصطلح السلوك الفوضوي لم يكن مستخدماً بشكل واسع في مجال الصحة النفسية حتى وقت قريب ، وذلك بنفس القدر الذي استخدمت فيه مفاهيم ومصطلحات متشابهة كالعدوان والعنف والغضب ... إلخ من المصطلحات التي تتشابه في الشكل وتختلف في المضمون وفي الآثار المترتبة عليها .

تعريف السلوك الفوضوي :

يعرف السلوك الفوضوي وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع

للاضطرابات النفسية Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) بأنه مجموعة من الاضطرابات التي تشكل نمطاً من الفوضى في المواقف الاجتماعية ، ويتسم سلوك الشخص الفوضوي بالتمرد ، والاعتداء على أنشطة وحقوق الآخرين (الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association ، ١٩٩٤) .

ويعرف جمال الخطيب (٢٠٠١) السلوك الفوضوي بأنه مجموعة من الاستجابات التي تشترك في كونها تسبب اضطراباً في مجريات الأمور أو تحول دون تأدية شخص لوظائفه بشكل أو بآخر .

ويعرف عبد المطلب القريطي (٢٠٠٦) السلوك الفوضوي بأنه سلوك متكرر يثير الارتباك في البيئة التي يعيش فيها الفرد ، ويتأذى منه الآخرون ، ويتعارض مع النشاطات القائمة ويعوقها ربما للعجز عن المشاركة فيها أو لجذب الانتباه ، ويتمثل هذا السلوك في سلوكيات فوضوية لفظية مثل الصراخ والعويل والصفير والصياح ، وإصدار أصوات غريبة ، وإغاظة الآخرين ، والتحدث بصوت مرتفع خارج الموضوع .

ويرى حسن الصميلي (٢٠٠٩) أن السلوك الفوضوي سلوك معرقل يقوم به الفرد ضد الآخرين في شكل يساعد على إثارة الفوضى ، ويهدف إلى إلحاق الضرر بالآخرين بصورة تنتهك فيها حقوقهم الشخصية ويصاحبه إصرار من القائم به ، وتذمر وقلق من الفرد الواقع عليه الضرر .

هذا ؛ بينما يرى وليد القصاص (٢٠٠٢) أن السلوك الفوضوي يتضمن المشكلات التي تمثل حالة من الفوضى والإزعاج والتشويش والتخريب وإزعاج الآخرين وخرق القواعد والمعايير الاجتماعية والتي تؤثر سلباً على المحيط الاجتماعي للفرد (الآباء ، والزملاء ، والمعلمين) وهذه

المشكلات تسبب ضعفاً جوهرياً أو دالاً في الوظائف الاجتماعية والأكاديمية والمهنية .

ويرى هيلجيلاند وآخرون Helgeland et al. (٢٠٠٥) أن السلوك الفوضوي يشير إلى مجموعة من الاستجابات التي تسبب إزعاجاً للآخرين أو تمنعهم عن تأدية وظائفهم بشكل أو بآخر وتتضمن هذه الاستجابات :

- إيذاء الآخرين بالقول أو الفعل .
- انتهاك القواعد السائدة في المجتمع أو البيئة المحيطة بالفرد .
- الانتقام من الآخرين .
- التخريب المتعمد .
- التهكم والسخرية .
- العناد والفوضى .
- العجز عن التوافق مع الآخرين .
- عدم الانصياع لأوامر وتعليمات الآخرين (الآباء والمعلمين) .

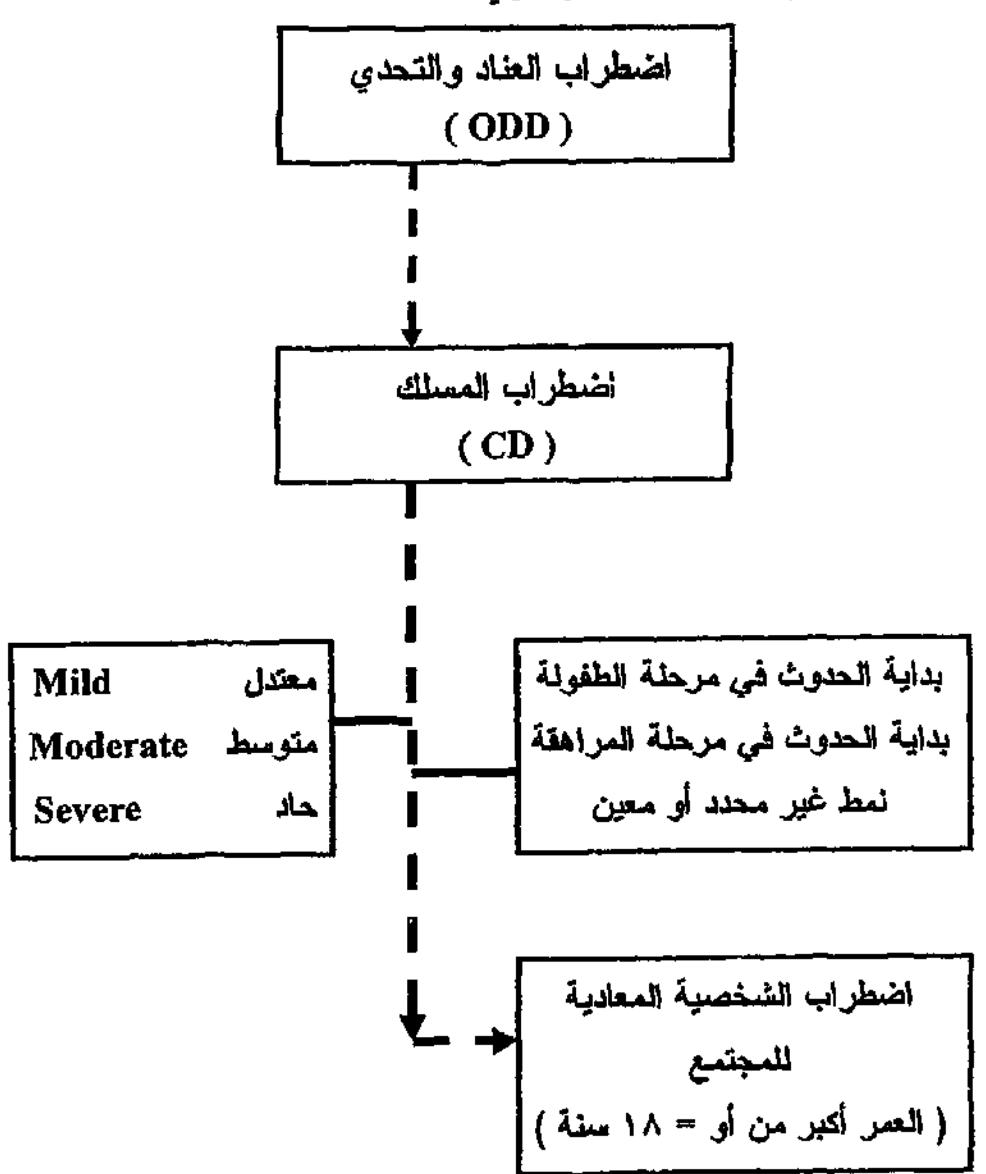
ويرى هارستاد وباربـاريزى Harstad & Barbaresi (٢٠١١) أن مصطلح اضطراب السلوك الفوضوي يصف السلوك الفوضوي من الناحية الاجتماعية التي تكون أكثر إزعاجاً للآخرين من جانب الشخص الذي يبادر بهذا النوع من السلوك ، وتحدث السلوكيات الفوضوية على متوالية متصلة ، يوجد في أحد طرفيها مقاومة طبيعية وغضب شديد وهياج من الفرد الذي يعاني من الاضطراب ، وفي طرفها الآخر سلوكيات أكثر حدة وغير توافقية تستدعى تشخيصاً طبياً ؛ لذا فإنه من المهم بدرجة كبيرة جداً للمتخصصين في مجال الرعاية الصحية الأساسية للأطفال أن يكونوا على وعـى شديد بحيث يتعاملون مع أي تحديات تتعلق بالسلوكيات الفوضوية ، ويتضمن الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية

التشخيصات المدرجة تحت بند اضطرابات السلوك الفوضوي وهي Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-IV-TR) اضطراب العناد والتحدي Oppositional Defiant Disorder (ODD) ، واضطراب المسلك Conduct Disorder (CD) ، واضطراب السلوك الفوضوي غير المعين أو غير المصنف على أي نحو آخر Disruptive Behavior Disorder Not Otherwise Specified كما تم تضمين اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) أيضاً في هذا النمط ، ونظراً لأن هذا الاضطراب حالة متزامنة الحدوث لدى ما يقرب من نصف الأطفال الذين لديهم اضطراب العناد والتحدي أو اضطراب المسلك فإنه عند عرض اضطرابات السلوك الفوضوي يتم التركيز على كل من اضطراب العناد والتحدي ، واضطراب المسلك .

ويمكن النظر إلى اضطرابات السلوك الفوضوي على أنها سلسلة متصلة لأن ظهور اضطراب العناد والتحدي يكون البشير أو النذير لحدوث اضطراب المسلك ، وعلى الرغم من أن اضطراب العناد والتحدي يكون أكثر شيوعاً بين البنين قبل الوصول إلى سن البلوغ فإن هذا الاتجاه لا يستمر بعد البلوغ .

ويرى ستينر وآخرون .Steiner et al (٢٠٠٧) أن ما يقرب من ثلثي الأطفال الذين تم تشخيصهم بما يفيد وجود اضطراب العناد والتحدي لديهم لم تنطبق عليهم المعايير التشخيصية الخاصة بذلك بعد مرور ثلاث سنوات ، ومع ذلك فإن الحدوث المبكر من المحتمل بواقع ثلاث مرات أن يتطور إلى اضطراب المسلك ، وأن ٤٠% من الأفراد الذين تم تشخيصهم بما يفيد وجود اضطراب المسلك تنطبق عليهم في النهاية المعايير المتعلقة

باضطراب الشخصية المعادية أو المضادة للمجتمع Antisocial Personality Disorder (ASPD) ، ويوضح الشكل التالي المسار المحتمل الحدوث لاضطرابات السلوك الفوضوي .



شكل (١) المسار المحتمل الحدوث لاضطرابات السلوك الفوضوي

يتضح من الشكل التخطيطي السابق أن السير أو التقدم من اضطراب

المسلك إلى اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع يكون محتملاً بدرجة أكبر عندما تكون الأعراض المرضية حادة مع بداية مرحلة الطفولة .

وتتضمن اضطرابات السلوك الفوضوي وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (DSM-IV-TR) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association (٢٠٠٠) ثلاثة أنواع من الاضطرابات هي :

- اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)
- اضطراب العناد والتحدي Oppositional Defiant Disorder (ODD)
- اضطراب المسلك Conduct Disorder (CD)

ويرى بعض الباحثين استبعاد اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من اضطرابات السلوك الفوضوي واقتصارها على اضطراب العناد والتحدي واضطراب المسلك (هونتر Hunter ، ٢٠٠٣ ؛ كيوتشر وآخرون Kutcher et al. ، ٢٠٠٤) ، وعلى الرغم من ذلك توصل عدد كبير من الباحثين إلى أن ٥٠% من الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يعانون أيضاً من اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي ، وتزداد هذه النسبة مع التقدم في العمر ، وأن كل الأطفال ذوى اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (نادر وآخرون Nadder et al. ، ٢٠٠٢ ؛ ألزوف وآخرون Althoff et al. ، ٢٠٠٣ ؛ إرسان وآخرون Ersan et al. ، ٢٠٠٤ ؛ ديك وآخرون Dick et al. ، ٢٠٠٥ ؛ إركان وآخرون Ercan et al. ، ٢٠٠٥) .

ويشير السلوك الفوضوي إلى مجموعة من الاستجابات التي تشترك في كونها تسبب اضطراباً في مجريات الأمور أو تحول دون تأدية شخص آخر لوظائفه بشكل أو بآخر، وفي غرفة الصف يشير السلوك الفوضوي إلى الاستجابات التي تؤثر سلبياً على العملية التعليمية (جرين وآخرون Green et al. ، ١٩٩٩) ، ويتضمن السلوك الفوضوي مجموعة من الأعراض السلوكية منها التمرد والعصيان ، ومعارضة الكبار ، والنشاط الزائد ، والتنمر ، والهروب من المدرسة ، والعدوان ، والكذب ، والعنف الجسدي ضد الآخرين ، والتخريب ، وعدم احترام الآخرين ، والاندفاعية ، وعدم الالتزام بالقواعد ، والسلوك العدواني (باري وآخرون Barry et al. ، ٢٠٠٥ ؛ بونتي وآخرون Bunte et al. ، ٢٠١٣) .

وهكذا يتضح أن اضطراب السلوك الفوضوي نمط متكرر ومستمر من السلوك الذي يثير حالة من الفوضى والتخريب ، وإزعاج الآخرين ، وخرق القواعد والمعايير الاجتماعية ، وبالتالي يؤثر سلبياً على توافق الفرد مع البيئة الاجتماعية المحيطة به ، ويتضمن هذا النمط مجموعة من السلوكيات منها السلوك العدواني ، والعناد والتحدي ، ونقص الانتباه ، والاندفاعية ، والنشاط الزائد ، وانتهاك القواعد ، والاحتيال أو السرقة ، وتعوق هذه السلوكيات تأدية الفرد لوظائفه الاجتماعية والأكاديمية والمهنية بشكل أو بآخر .

ويتضح من خلال العرض السابق ما يلي :

- أن الباحثين في تحديد ماهية السلوك الفوضوي ينقسمون إلى فريقين أحدهما يرى أن السلوك الفوضوي مفهوم عام يتكون من مجموعة من الاضطرابات تشمل اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، واضطراب المسلك ، واضطراب العناد والتحدي ، بينما الفريق الآخر يرى أن السلوك الفوضوي يتضمن مجموعة من الأعراض السلوكية

غير المناسبة التي تثير الفوضى والارتباك في البيئة المحيطة بالفرد .

- أن السلوك الفوضوي لا يقتصر على عمر معين ؛ حيث يحدث لدى الصغار والكبار ، وتتغير أشكاله تبعاً لمتغير العمر .
- أن الشخص الفوضوي يتسم سلوكه بعدم القدرة على التوافق مع الآخرين وعدم الالتزام بالقيم والمعايير المجتمعية .
- أن السلوك الفوضوي يماثل السلوك العدواني والعنف من حيث تنامي آثاره السلبية على الرغم من أن السلوك الفوضوي أكثر عمومية من السلوك العدواني .
- أن السلوك الفوضوي يتداخل مع العدوان والعنف في جوانب معينة منها الإيذاء البدني والتخريب والتهكم والسخرية واستخدام الألفاظ البذيئة .

اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد :

تم وصف هذا الاضطراب على أنه حالة مرضية تتسم بمستويات غير ملائمة من نقص الانتباه والاندفاعية والنشاط الزائد ، وهذا الاضطراب له تأثير ضار وخطير على الأداء النفسي للطفل والمراهق ، والفرد الذي يعانى منه يُظهر قدرة أكاديمية منخفضة وضعف في التحصيل الأكاديمي إلى جانب العديد من المشكلات التي تتعلق بالعلاقة مع الرفاق ، وتدنى مفهوم الذات .

وعلى الرغم من أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يكون ذكاؤهم عادياً إلا أن تحصيلهم الدراسي يكون ضعيفاً ، وذلك لأن الأعراض المرضية الأساسية للاضطراب التي تتمثل في النشاط الزائد ، ونقص الانتباه ، والاندفاعية ، والصعوبة في إتباع التعليمات وعدم التنظيم تساهم جميعها في حدوث المصاعب الأكاديمية ، بالإضافة إلى ذلك فإن الأطفال الذين يعانون من الاضطراب تكون مهاراتهم الاجتماعية رديئة غالباً ، كما أن علاقاتهم البينشخصية تكون مضطربة وخاصة مع

الرفاق والمعلمين والوالدين ، وهذه المصاعب تـزداد فـي حالـة وجـود اضطراب العناد والتحدي ، واضطراب المسلك ، واضطراب الحالة المزاجية (كارلسون ومان Carlson & Mann ، ٢٠٠٢) ، وفيمـا يلـي عـرض للمفاهيم المرتبطة بهذا الاضطراب :

١- نقص الانتباه :

نقص الانتباه Inattention هو أحد أعراض اضطراب نقص الانتبـاه المصحوب بالنشاط الزائد ، ويتسم هذا العرض بالقابلية للتشتت ، والانتقـال المتكرر من نشاط إلى آخر دون اكتمال أي منهما ، وعـدم القـدرة علـى التركيز لمدة طويلة ؛ لذلك فإن الأفراد الذين يعانون من الاضطراب يجدون صعوبة في متابعة التعليمات ، وإنهاء الأعمال التي يكلفون بها ، وقد ميـز الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث للاضطرابات النفسية Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III) بـين فئتـين لاضطراب الانتباه هما :

- اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)
- اضطراب نقص الانتباه غير المصحوب بالنـشاط الزائـد Attention Deficit Disorder (ADD)

ويتصف الأطفال ذوو اضطراب نقص الانتباه المـصحوب بالنـشاط الزائد (ADHD) بنقص القدرة على الانتباه والاندفاعية وفرط النشاط ، بينما يتصف الأطفال ذوى اضطراب نقص الانتباه (ADD) بعدم القـدرة علـى الانتباه والاندفاعية معاً (هـالجين ووايتبـورن Halgin & Whitbourne ، ٢٠٠٠) .

وفي عام ١٩٨٧ قامت الجمعية الأمريكية للطـب النفـسي بـإجراء

مراجعة للطبعة الثالثة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية دمجت فيها النشاط الزائد مع نقص الانتباه ، ومنذ ذلك الحين أصبح يطلق على هذا الاضطراب مصطلح اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (ADHD) وهذا ما أكده الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية الصادر عام ١٩٩٤ بأنه لا يوجد سوى نوع واحد من الاضطراب هو اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وأن اضطراب نقص الانتباه ، والنشاط الزائد عرضان متلازمان لاضطراب واحد وليس نمطين منفصلين .

٢- النشاط الزائد :

النشاط الزائد أو فرط النشاط Hyperactivity هو العرض الأكثر وضوحاً لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، ويظهر غالباً كسلوك مزعج وغير مريح ، والطفل الذي يعاني من النشاط الزائد تظهر عليه مجموعة من الأعراض منها عدم القدرة على تركيز الانتباه لمدة طويلة وعدم القدرة على ضبط النفس ، وعدم القدرة على التحكم في حركاتهم الجسمية ، ولهذا نجد أن أعراض النشاط الزائد تتنوع وفقاً لعمر الطفل وظروف الموقف ، ومن المظاهر الشائعة أيضاً العناد وصعوبة الانقياد وحدة الطبع وتقلب المزاج وتدني مفهوم الذات وانخفاض القدرة على التحمل ، وفي المدرسة يعاني هؤلاء الأطفال من صعوبة التركيز في المهمة وصعوبة التنظيم ، وعم القدرة على إنجاز الأعمال المدرسية ، ويتركون مقاعدهم في الفصل دون إذن ، كما أنهم لا يتبعون تعليمات الوالدين ، ويصرون على أداء أنشطة تناسب أعمارهم فقط (عبد العزيز الشخص وزيدان السرطاوي ، ١٩٩٩) .

٣- الاندفاعية :

الاندفاعية Impulsivity هي التهور والعشوائية في إصـــدار الأفعـــال والأقوال ، وهي استجابة الفرد لأول فكرة تطرأ علـــى ذهنــه ، والأطفـــال المصابون باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لا يستطيعون التحكم في اندفاعيتهم أو ضبط سلوكياتهم طبقاً لمتطلبات الموقف ، والطفـــل الذي يعانى من الاضطراب لا يقصد في معظم الأحـــوال إثـــارة المـــشاكل السلوكية فهو يعرف الصواب والخطأ ولديه القدرة على التفرقة بين ما يجب عليه أن يفعله وما يجب عليه ألا يفعله ، ولكنه متسرع ومندفع في رد الفعل أو اتخاذ القرار فهو لا يفكر إلا بعد حدوث المشكلة ، ولذا فإنه يشعر بتأنيب الضمير والذنب ولكن الغريب أن هذه المشاعر لا تعوقه عن القيام بمثل هذا السلوك في المستقبل (مجدي الدسوقي ، ٢٠٠٦أ) ، وأوجه الـــسلوك التـــي تشكل اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد تبدأ عادة قبل ســـن السابعة ، وذلك على الرغم من أن الكثير من الأطفال يتم تشخيصهم بعد أن تكون هذه السلوكيات موجودة لعدة سنوات ويستمر هذا الاضطراب خـــلال مرحلة الطفولة بوجه عام ، ويستمر بدرجة متكررة حتـــى مرحلـــة الرشـــد (كـــابلان وســـادوك Kaplan & Sadock ، ١٩٩٨) وتظهـــر أعـــراض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد عند الأطفال الصغار (في مرحلة الحبو ، وفي عمر ما قبل المدرسة) في العديد من أوجه السلوك مثل التسلق على الأثاث ، والجري في المنزل ، وصعوبة المشاركة في الأنشطة الجماعية ، وعندما يصل الأطفال إلى سن دخول المدرسة يتم عرض نفـــس هذه السلوكيات ولكن بتكرار أقل وحدة أقل ، فالأطفال في هذا العمر يكـــون لديهم عموماً صعوبة في أن يظلوا في مقاعدهم ولديهم ميل للتململ والتلـــوي بعصبية ، والتحدث بطريقة زائدة عن الحد ، وفي أغلـــب الأحيـــان يـــذكر

المراهقون والراشدون وجود مشاعر تنم عن القلق وصعوبة الاشتراك في أنشطة هادئة (الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association ، ٢٠٠٠) .

ويميز الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (DSM-IV-TR) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association (٢٠٠٠) بين ثلاثة أنواع لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد هي :

- اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (النوع المركب) وفي هذا النوع يوجد لدى الأطفال ستة أعراض أو أكثر لعدم القدرة على الانتباه مع مصاحبتها لست أعراض أو أكثر من النشاط الزائد مع وجود الاندفاعية ، وينتشر هذا النوع من الاضطراب بين الأطفال والمراهقين .

- اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد مع غلبة نقص الانتباه Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Predominantly Inattentive Type وفي هذا النوع من الاضطراب يوجد لدى الأطفال ست أعراض أو أكثر لعدم القدرة على الانتباه في حين توجد أعراض قليلة لا تدل على النشاط الزائد أو الاندفاعية .

- اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد مع غلبة النشاط الزائد والاندفاعية Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Predominantly Inattentive- Impulsive Type ويميز هذا النوع وجود ستة أعراض للنشاط الزائد والاندفاعية مع انخفاض واضح لأعراض نقص الانتباه .

وأشارت نتائج عدد من الدراسات الحديثة إلى زياد انتشار الاضطراب

بين الذكور عنه لدى الإناث ؛ حيث إن الذكور يبدون أكثر اندفاعية ، ولديهم قابلية أكبر لتشتت الانتباه داخل حجرة الدراسة ، كما أن الأعراض الشخصية والعدوانية لدى الذكور أكثر منها لدى الإناث مع ارتفاع معـدل المـشكلات النفسية لديهم ، وأشارت نتائج دراسات أخرى بأن نسبة انتشار الاضـطراب بين الأطفال حوالي ٧,٧% ، وبنسبة ٢ : ١ بين الذكور والإناث على التوالي (باركلى وآخرون .Barkley et al ، ٢٠٠٣) .

وأظهرت نتائج الدراسات الوبائية الحديثة أن نسبة حدوث الاضطراب تصل إلى ١٠% تقريباً بين أطفال العالم ، وأن معدل انتشاره بين الأطفال في عمر المدرسة يتراوح بين ٤% - ٦% ، والجدير بالذكر أن معدل انتـشاره بين الأطفال الذين ينتمون إلى الأسر ذات المستوى الاجتماعي الاقتـصادي المنخفض يصل إلى ٢٠% تقريباً ، أما عن معدل انتـشاره بـين الـذكور والإناث بصفة عامة فإن نسبة انتشاره تصل إلى ستة أضعاف انتشاره بـين الإناث (فاريل Farrell ، ٢٠١١) ، وفي حالة استمرار الاضطراب إلـى مرحلة المراهقة يتحول عند نقطة معينة إلى سلوك مضاد للمجتمـع يعـرف باسم اضطراب المسلك ، وطبقاً لتقديرات المعلمين فإن ٨٥% من المصابين باضطراب المسلك يستوفون المحكات التشخيصية لاضطراب نقص الانتبـاه المصحوب بالنشاط الزائد (بارنيت ولابـيلارت Barnett & Labellarte ، ٢٠٠٢) .

وفي مراجعة بشأن انتشار اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وجد أن ثلث الأطفال الذين يعانون من الاضطراب لديهم حالة مَرضية مشتركة أو أكثر تشمل اضطراب العناد والتحدي ، واضـطراب المـسلك ، وصعوبات التعلم ، واضطراب القلق ، واضطرابات الاكتئـاب (دوهـانى Duhaney ، ٢٠٠٣) .

اضطراب المسلك :

يُعد اضطراب المسلك شكلاً أكثر حدة من أشكال السلوك المضطرب ، والملمح الأساسي لهذا الاضطراب هو نوع من السلوك المتواصل يتم فيه خرق أو انتهاك الحقوق الأساسية للآخرين والمعايير الاجتماعية الملائمة للعمر الزمني ، وهذه السلوكيات يتم تجميعها في أربعة أنواع رئيسية هي السلوك العدواني المستمر الذي يسبب تهديداً بضرر بدني للناس الآخرين أو الحيوانات ، والسلوك غير العدواني الذي يسبب تدمير أو تحطيم الممتلكات ، والسرقة والخداع ، والانتهاكات الخطيرة للقواعد وممارسة أعمال البلطجة ، وعادة يتواجد اضطراب المسلك في مواقف متعددة تتضمن البيت والمدرسة والمجتمع .

ومصطلح اضطراب المسلك Conduct Disorder يشمل تحت طياته مجموعة متنوعة وشاسعة من السلوك الذي لا يمكن التحكم فيه ، وبالتالي ليس له تعريف واحد فالعدوان والكذب والتدمير والتخريب والسرقة والهروب من المدرسة ، كل ذلك تصرفات تندرج عادة تحت هذا المصطلح العام ، والخيط الرابط في هذه المصفوفة من السلوكيات هو انتهاك المعايير المجتمعية والحقوق الأساسية للآخرين ، والأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك يشتركون في سلوكيات تنتهك المعايير الاجتماعية إلى حد كبير ، وهذه السلوكيات تشمل الكذب المزمن ، والسرقة ، والعنف ضد الآخرين ، كما أنهم يميلون إلى أن يفكروا في التفاعل مع الآخرين بطرق من شأنها أن تساهم في ردود أفعالهم العدوانية ، وربما يكون أكثر من أي اضطراب آخر يحدث في مرحلة الطفولة نجد أن اضطراب المسلك يتم تحديده عن طريق تأثير سلوك الطفل على الآخرين والبيئة المحيطة به ، فالوالدين ، والأقران ، والمعلمون يقررون عادة ما السلوك الذي لا يمكن التحكم فيه بدرجة كبيرة ،

ويكون سلوكاً غير مقبولاً ، والأطفال في مرحلة الطفولة المتأخرة (مرحلة ما قبل المراهقة) ، والمراهقين يتم تحديدهم على أنهم مسببين لمشكلات سلوكية ، وذلك عن طريق السلطات القانونية ، وفي هذه الحالة ينظر إلى الطفل على أنه حدث منحرف .

ويصف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (DSM-IV-TR) اضطراب المسلك على أنه نمط متكرر ومستمر أو دائم من السلوك الذي تنتهك فيه الحقوق الأساسية للآخرين أو المعايير والقواعد الاجتماعية الرئيسية المناسبة للعمر الزمني ، والأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك يجب أن تنطبق عليهم المعايير في ثلاثة مجالات أو أكثر من المجالات التالية : العدوان تجاه الناس والحيوانات ، وتدمير الممتلكات ، والخداع أو السرقة ، والانتهاكات الخطيرة للقواعد والمعايير الرئيسية المناسبة للعمر الزمني ، وذلك خلال الاثنى عشر شهراً الماضية مع وجود معيار واحد على الأقل خلال الشهور الستة الماضية ، ويجب أن تؤدى هذه السلوكيات إلى ضعف ملحوظ ودال من الناحية الكلينيكية في الأداء الوظيفي الأكاديمي والاجتماعي والمهني ، وإذا كان الفرد يبلغ الثامنة عشرة من العمر أو يتجاوز هذا العمر ففي هذه الحالة لا تنطبق عليه المعايير التشخيصية لاضطراب الشخصية المعادية للمجتمع .

ويصنف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل اضطراب المسلك حسب سن أو عمر بداية حدوث الاضطراب إلى نوعين هما : اضطراب المسلك الذي يبدأ حدوثه في مرحلة الطفولة ، وفي هذا النوع يظهر الفرد معيار واحد على الأقل من المعايير المميزة للاضطراب قبل سن العاشرة ، واضطراب المسلك الذي يبدأ حدوثه في مرحلة المراهقة وفي هذا النوع لا يظهر الفرد أو لا يوجد أي معيار من المعايير المميزة للاضطراب

قبل بلوغه سن العاشرة ، واضطراب المسلك من النوع الذي لم يتم تحديد بداية حدوثه والفرد الذي لديه اضطراب المسلك من هذا النوع ليس له عمر معروف فيما يتعلق ببداية حدوث الاضطراب .

ووثقت البحوث مسارين إنمائيين متميزين بطريقة متسقة يحدث من خلالهما للأطفال اضطراب المسلك ، ولكل مسار وقت محدد أي أنهما يختلفان في التوقيت الذي تبدأ فيه الأعراض المرضية في الظهور .

المسار الأول : النمط الذي يبدأ حدوثه في مرحلة الطفولة :

يُظهر الأطفال الذين يندرجون تحت هذا المسار سلوكاً حاداً معادياً للمجتمع في مرحلة المراهقة ، ويظهرون أيضاً أوجه ضعف نفسية عصبية Neuropsychological Impairments وخلل أسرى ، ويكونون في مخاطرة كبيرة من جراء الاستمرار في إظهار نمط حاد من السلوك العنيف المعادى المجتمع يستمر حتى الرشد (موفيت وآخرون .Moffitt et al ، ٢٠٠١) .

المسار الثاني: النمط الذي يبدأ حدوثه في مرحلة المراهقة :

يميل الأطفال الذين يندرجون تحت هذا النمط إلى أن يظهروا بداية مفاجئة لمشكلات سلوكية حادة تتزايد مع بداية مرحلة المراهقة ، ويكون لديهم خلفيات أسرية مختلة إلى حد ما ، ومن المحتمل أن يكون لديهم أيضاً أوجه عجز معرفي ، ومشكلات في الاندفاعية والنشاط الزائد ، ويظهرون توافق أفضل وهم في مرحلة الرشد عما هو الحال لدى نظرائهم الذين يندرجون تحت نمط اضطراب المسلك الذي يبدأ حدوثه في مرحلة الطفولة (فريك Frick ، ٢٠٠١) .

ويصعب بل من النادر أن نشاهد حالة لاضطراب المسلك غير مصحوبة باضطراب واحد إضافي أو أكثر بمعنى أن الحالة المرضية

المشتركة هي القاعدة وليست الاستثناء ، فتوجد نسبة تتراوح بين ٥٠% : ٧٠% من الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك يكون لديهم اضطرابات تدل على حالة مرضية مشتركة كاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (ADHD) وتشير دراسات كثيرة إلى شيوع اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الأفراد الذين يعانون من اضطراب المسلك (أوريلى O'Reilly ، ٢٠٠٥) .

ويرى أوهان وجونستون Ohan & Johnston (٢٠٠٥) أن الأعراض المرضية لاضطراب المسلك تتداخل مع أعراض اضطراب العناد والتحدي ، واضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد على الرغم من أن هذه الحالات لها سمات كلينيكية متميزة ومستقلة .

كذلك أشارت نتائج دراسات عديدة أنه من بين المراهقين المحالين للعلاج والذين تنطبق عليهم المعايير التشخيصية لاضطراب المسلك كان هناك من ٨٤% - ٩٦% انطبقت عليهم المعايير التشخيصية لاضطراب العناد والتحدي ، وكان الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك أكثر احتمالاً بأن يكون لديهم شكوى جسمية بدرجة أكبر من الأطفال الذين لا يوجد لديهم أي اضطراب ، وتبلغ النسبة ٦٤% مقارنة بـ ٥٤% على الترتيب (تومسون وآخرون Thomson et al. ، ١٩٩٦) .

ويرتبط كلاً من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، واضطراب العناد والتحدي بالحدوث الذي يأتي فيما بعد والذي يتضمن اضطراب المسلك في مرحلة المراهقة ، فالأطفال الذين يتم تشخيصهم بما يفيد وجود اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (النوع المركب) من المحتمل بدرجة كبيرة جداً أن يحدث لهم اضطراب المسلك

وذلك بدرجة أكبر مما في حالة الأطفال الذين لديهم اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (مع غلبة نقص الانتباه فقط) ، والأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك من المحتمل أيضاً أن يكون لديهم اضطرابات أخرى بالإضافة إلى اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، واضطراب العناد والتحدي ، فيتم تشخيصهم بين الحين والآخر على أن لديهم سلوكيات أخرى تتضمن سلوك الانسحاب ، والقلق ، والاكتئاب ، وحوالي ٧٠% من الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك يكون لديهم أيضاً تشخيص واحد على الأقل من التشخيصات السابقة ، ونسب انتشار الاضطراب في تزايد مستمر ، ويكون هذا التزايد أكثر وضوحاً في المناطق الحضرية عن المناطق الريفية ، وأظهرت نتائج بعض الدراسات أن ٨% من أطفال المناطق الحضرية الذين تتراوح أعمارهم الزمنية بين ١٠ - ١١ سنة ، في مقابل ٤% من أطفال المناطق الريفية يعانون من اضطراب المسلك ، وتتجه بداية حدوث اضطراب المسلك إلى الصعود في مرحلة الطفولة المتأخرة وأوائل مرحلة المراهقة ؛ حيث يقدر انتشار اضطراب المسلك فيما بين ١,٥ - ٣,٤% للعينة السكانية العامة للأطفال والمراهقين ، وحوالي ٤٠% من الأطفال والمراهقين الذين لديهم اضطراب المسلك يحدث لديهم في النهاية اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع (لوبير وآخرون .Loeber et al ، ١٩٩٣ ؛ كابالدى وإيدى Capaldi & Eddy ، ٢٠٠٩) .

ونسب انتشار اضطراب المسلك تحت سن ١٨ سنة تظهر بدرجة كبيرة لدى الذكور عنها لدى الإناث ، فتتراوح النسبة بين ٦% : ١٦% لدى الذكور وبين ٢% : ٩% لدى الإناث ، وتختلف هذه المعدلات بمدى العمر الزمني ، ونوع الاضطراب (الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association ، ٢٠٠٠) ، وانتشار اضطراب المسلك لدى

الأطفال الذين تتراوح أعمارهـم الزمنية بين ٥ – ١٠ سنوات يكون بمعدل ٧,١% بالنسبة للبنين ، ٠,٠٦% بالنسبة للبنات (ميلتزر وآخرون Meltzer et al. ، ٢٠٠٠) .

ويعد اضطراب المسلك من أكثر الاضطرابات الطبية النفسية انتـشاراً في مرحلة الطفولة ، وهو السبب الأكثر شيوعاً للتحويـل للعـلاج النفـسي والطبي ، واستناداً إلى دراسة مسحية قام بها مكتب الإحـصاءات القوميـة Office for National Statistics (ONS) بالولايـات المتحـدة الأمريكيـة اتضح أن ٣,٥% من جميع الأطفال والمراهقين الـذين تتـراوح أعمـارهم الزمنية بين ٥ – ١٥ سنة كان لديهم اضطراب المسلك ، واضطراب العنـاد والتحدي بدرجة دالة (أوريلي O'Reilly ، ٢٠٠٥) .

كما أن معدلات انتشار اضطراب المسلك لها نمط مختلف عن معدلات انتشار اضطراب العناد والتحدي ، فقد أوضحت نتائج الدراسات الطولية أن عمر بداية حدوث اضطراب المسلك يُعد مؤشراً لحدوث الـسلوك المعـادى للمجتمع في مرحلة الرشد ، والحدوث في مرحلة الطفولة يرتبط بدرجة كبيرة بالسلوك الإجرامي عند الكبر (أو في مرحلة الرشـد) والعنـف ، وسـوء استخدام المادة وذلك بدرجة أكبر عما هو الحال في حالة الحدوث في مرحلة المراهقة ، وفي دراسة طولية وجد أن ٧٦% من الذكور ، ٣٠% من الإناث الذين لديهم تاريخ يفيد بمعاناتهم من مشكلات سلوكية في مرحلة الطفولة كان لديهم إما سجل إجرامي أو تشخيص يفيد بوجود اضطراب عقلـي ، وسـوء استخدام المادة أو كلاهمـا عنـد بلـوغهم الثلاثـين مـن العمـر (ليـابو وريتشاردسون Liabo & Richardson ، ٢٠٠٧) .

ويعتبر انتشار اضطراب المسلك الذي يتم تشخيصه كلينيكياً أمراً هاماً

وأساسياً ويتراوح من ٢% - ٦% عند جميع الأطفال (أنجولد وكوستيلو Angold & Costello ، ٢٠٠١ ؛ هينشو ولي Hinshaw & Lee ، ٢٠٠٣) ، ويزيد انتشار اضطراب العناد والتحدي بمعدل مرتين عن معدلات انتشار اضطراب المسلك ، وتصل النسبة في المتوسط إلى ١٢% من جميع الأطفال (نوتيلمان وجينسن Nottelman & Jensen ، ١٩٩٥) ، ومع ذلك يجب أن يوضع في الاعتبار أن الانتشار يختلف بدرجة كبيرة فيما يتعلق بكيفية تعريف أو تحديد مشكلات المسلك ، ونوع الطفل ، وعمره الزمني ، والمستوى الاجتماعي الاقتصادي .

ويوجد نقص في إجماع أو اتفاق الآراء فيما يتعلق بانتشار اضطراب المسلك عبر الأعمال المختلفة ، فبعض الدراسات أوضحت أن اضطراب المسلك يزداد في الفترة من الطفولة المتوسطة حتى المراهقة ، بينما هناك دراسات أخرى لم تجد أي تأثير للعمر الزمني على حدوث الاضطراب وربما يرجع هذا التفاوت إلى المعايير التشخيصية المستخدمة وأدوات القياس ، يضاف إلى ذلك أن مجموعة المؤلفات الخاصة بالاضطراب تصف بوضوح وجود زيادة لأوجه سلوك معينة كالسرقة في مرحلة الطفولة والتي تستمر حتى المراهقة ، وعلى الرغم من أن الأشكال الأكثر اعتدالاً للعدوان تتناقص مع النمو إلا أن السلوك العدواني الخطير كالقتل والاغتصاب يزداد مع النمو ، ويكون اضطراب المسلك أكثر شيوعاً في البيئات الاجتماعية الاقتصادية المتدنية ، ولكن حتى اليوم لا يوجد دليل كافي يؤيد الفروق في الانتشار بين الأحياء أو المناطق المحرومة وبين الأحياء أو المناطق الراقية الواقعة داخل المدن ، وكذلك بين المناطق الريفية والمناطق الحضرية ، وبصفة عامة فإن اضطراب المسلك أصبح الآن أكثر شيوعاً من أي وقت مضى ، وبداية حدوث الاضطراب تكون عادة في مرحلة الطفولة المتأخرة

أو في مرحلة المراهقة المبكرة .

اضطراب العناد والتحدي :

يتم وصف اضطراب العناد والتحدي كنمط متكرر لسلوك سلبي يتسم بالعصيان والعدوان تجاه الأشخاص الممثلين للسلطة يتضح في العديد من الأنماط السلوكية مثل تعمد مضايقة الآخرين وإزعاجهم ، والولع بالجدل ، وتقلب الحالة المزاجية ، وتدمير الممتلكات ، والعدوان تجاه الآخرين بدون انتهاك خطير جداً لحقوقهم الأساسية ، ويتسم الاضطراب بوجه عام بسلوكيات مثل اعتلال المزاج ، ومجادلة الكبار ، ومضايقة ولوم الآخرين ، أو أن يكون الشخص غاضباً ومستاءً ، وتكون بداية هذا الاضطراب قبل وصول الطفل إلى الثامنة من العمر ، ويشترك الأطفال الذين لديهم اضطراب العناد والتحدي في سلوكيات معادية للمجتمع ولا تتفق مع النظم والأعراف السائدة في المجتمع ، وهذه السلوكيات تكون أقل حدة عما هي في حالة السلوكيات الموجودة في اضطراب المسلك ، ولكنها توضح طريقة سلبية ، وغضب تجاه الآخرين ، وبعض الأطفال يتعافون من اضطراب العناد والتحدي ، ولكن هناك مجموعة فرعية يتطور لديها الاضطراب ليصبح اضطراباً كاملاً في المسلك ، وهؤلاء الأطفال الذين يتطور لديهم الأمر ويحدث لهم اضطراب المسلك يستمرون غالباً في الاشتراك في أوجه السلوك العدواني المعادى للمجتمع حتى مرحلة الرشد ويكون لديهم معدلات عالية في النشاط الإجرامي وسوء استخدام المخدرات .

واضطراب العناد والتحدي لا يتم تشخيصه قبل سن العاشرة ، وتصل ذروته في مرحلة المراهقة ، ويندر تشخيصه في مرحلة الرشد ، والأطفال الذين يظهرون أنماطاً سلوكية من العداء المفرط ، والتحدي المفرط يتم النظر

إليهم على أنهم يعانون إما من اضطراب العناد والتحدي ، أو اضطراب المسلك ، فالأطفال الذين لديهم اضطراب العناد والتحدي يتجادلون بطريقة متكررة مع الكبار ، ويفتقدون السيطرة على أنفسهم وعلى انفعالاتهم ويشعرون بالغضب الشديد والاستياء من الكبار بين الحين والآخر ، ويتحدون القواعد والأوامر التي يفرضها الكبار ، ويضايقون الآخرين ويلقون اللوم عليهم لأخطاء ارتكبوها هم أنفسهم ، كما يلومونهم أيضاً على المشكلات التي تسببوا هم فيها ، ويبدأ هذا الاضطراب عادة في حوالي الثامنة من العمر ، ويكون أكثر شيوعاً في البنين عما هو في البنات ، وتتراوح نسبة الانتشار بين ١٦% : ٢٦% على الترتيب وفقاً لنتائج العديد من الدراسات (الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association ، ٢٠٠٠) .

وبصفة عامة لا يتم تشخيص اضطراب العناد والتحدي عند الأطفال الذين تتراوح أعمارهم فيما بين عام ونصف إلى ثلاث سنوات عندما ينظر إلى السلوكيات المشابهة على أنها سلوكيات معيارية بالنسبة للمجموعة العمرية ، فمثلاً نوبات الغضب تعتبر معياراً من معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل بالنسبة لاضطراب العناد والتحدي ، ومع ذلك فإن نوبات الغضب تعتبر سلوكيات شائعة عند الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من ٢ – ٣ سنوات ، وبعد سن الثالثة يصبح الأطفال أكثر قدرة على التعبير عن احباطاتهم بطرق مقبولة من الناحية الاجتماعية ، ويتم تشخيص اضطراب العناد والتحدي بشكل أفضل في السنوات المبكرة في المدرسة أو في سن ما قبل دخول المدرسة ، وبصفة عامة لا يتم تشخيص اضطراب العناد والتحدي عند الأطفال الذين تتراوح أعمارهم فيما بين عام ونصف إلى ثلاث سنوات عندما ينظر إلى السلوكيات المشابهة على أنها سلوكيات معيارية بالنسبة

للمجموعة العمرية ، فمثلاً نوبات الغضب تعتبر معياراً من معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل بالنسبة لاضطراب العناد والتحدي ، ومع ذلك فإن نوبات الغضب تعتبر سلوكيات شائعة عند الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من ٢ – ٣ سنوات ، وبعد سن الثالثة يصبح الأطفال أكثر قدرة على التعبير عن الإحباط بطرق مقبولة من الناحية الاجتماعية ، ويتم تشخيص اضطراب العناد والتحدي بشكل أفضل في السنوات المبكرة في المدرسة أو في سن ما قبل دخول المدرسة (ألزوف وآخرون Althoff et al. ، ٢٠٠٣) .

ويوجد تداخل كبير بين الأعراض المرضية الخاصة باضطراب المسلك ، وأعراض اضطراب العناد والتحدي ، كما أن هناك خلافاً أيضاً حول ما إذا كان اضطراب العناد والتحدي هو اضطراب منفصل عن اضطراب المسلك ، وهل هو نسخة أولية أقل اعتدالاً أم انعكاساً لنفس الأعراض وأوجه العجز الرئيسية لاضطراب المسلك (لاهي ووالدمان Lahey & Waldman ، ٢٠٠٣) .

وتظهر أعراض اضطراب العناد والتحدي عادة قبل ظهور أعراض اضطراب المسلك بحوالي سنتين إلى ثلاث سنوات اي في سن السادسة من العمر مقابل التاسعة من العمر بالنسبة لاضطراب المسلك ، وحيث إن أعراض اضطراب العناد والتحدي تظهر أولاً فمن الممكن أن تكون مؤشرات أولية لاضطراب المسلك بالنسبة لبعض الأطفال ، ومع ذلك فإن معظم الأطفال الذين يظهرون أعراض اضطراب العناد والتحدي لا يتقدم بهم الحال إلى حدوث المزيد من الأعراض الحادة لاضطراب المسلك ، فعلى الأقل هناك نسبة تصل إلى ٥٠% من الأفراد يستمر تشخيصهم بما يفيد وجود اضطراب العناد والتحدي بدون تقدم أو تطور لحدوث اضطراب آخر،

وهناك نسبة تصل إلى ٢٥% من الأفراد يكفون تماماً عن إظهار أو عرض المشكلات المتعلقة باضطراب العناد والتحدي (بيل Bell ، ٢٠٠٦) .

وبالتالي يعد اضطراب العناد والتحدي بالنسبة لمعظم الأطفال تغير إنمائي وليس بالضرورة أن يكون مؤشراً يشير إلى تصعيد أكثر شدة وخطورة لاضطراب المسلك (ماش وولف Mash & Wolfe ، ٢٠٠٧) ، وعلى النقيض من ذلك هناك حالات من اضطراب المسلك يسبقها في الغالب اضطراب العناد والتحدي ، وجميع الأطفال تقريباً الذين لديهم اضطراب المسلك يستمرون في إظهار أعراض اضطراب العناد والتحدي (برينكمير Brinkmeyer ، ٢٠٠٦) ، وتوجد معدلات منخفضة لاضطراب المسلك عند الأطفال الصغار تنتج من طبيعة معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية ، فالدليل التشخيصي يحدد نفس الأعراض المرضية بالنسبة لتشخيص اضطراب المسلك في جميع الأعمار حتى على الرغم من أن الكثير من هذه الأغراض لا ينطبق على الأطفال الصغار (على سبيل المثال اقتحام المنازل والهروب من المدرسة) ، وبالتالي فإن المعدلات الأقل انخفاضاً لاضطراب المسلك عند الأطفال الصغار من الممكن أن تعكس استخدام نظام تشخيصي غير متوافق مع عمر الطفل (ماش وولف Mash & Wolfe ، ٢٠٠٧) ، وتوجد بيانات تؤكد فكرة أن اضطراب العناد والتحدي يتطور ليصبح اضطراب المسلك في بعض الحالات ، وذلك على الرغم من أن ذلك يُعد مثار جدل أو نزاع فالأطفال الذين لديهم سلوك انحرافي حاد في عمر معين هم الأطفال الذين يكونون أكثر احتمالاً أن يعرضوا مثل هذا السلوك في مرحلة لاحقة من حياتهم ، ومما يجب الإشارة إليه أن اضطراب المسلك يمكن أن يستمر في حوالي ٥٠% من الحالات (بارتون Barton ، ٢٠٠٣) .

ومعدل انتشار الاضطراب يقدر بـ ٢% - ١٦% ، ويُعد البنين أكثر احتمالاً وعرضة من البنات لأن يتم تشخيصهم بما يفيد وجود اضطراب العناد والتحدي لديهم ، فالبنين يفوقون البنات بواقع ثلاث مرات (موجان وآخرون Maughan et al. ، ٢٠٠٤) ، وتؤكد نتائج دراسات حديثة جداً أن انتشار اضطراب العناد والتحدي يتراوح بين ٢% - ١٦% اعتماداً على طبيعة العينة السكانية وطرق التقدير ، وفي نسبة كبيرة من الحالات يكون اضطراب العناد والتحدي سابقاً لاضطراب المسلك ؛ ولذا لا يتم تشخيص اضطراب العناد والتحدي إذا لم تنطبق المعايير التشخيصية لاضطراب المسلك (فاريل Farrell ، ٢٠١١) .

اضطراب السلوك الفوضوي غير المعين أو غير المحدد على أي نحو آخر:
Disruptive Behavior Disorder Not Otherwise Specified

تختص هذه الفئة بالاضطرابات التي تتسم بسلوك أو تصرفات عنادية متحدية لا تستوفي المعايير الخاصة باضطراب المسلك أو اضطراب العناد والتحدي مثل تلك الحالات التي لا تستوفي جميع المعايير الخاصة بأي من هذين الاضطرابين إلا أنها تنطوي على إعاقة ذات دلالة كلينيكية ، وعلى الرغم من أن وجود أو عرض هذه السلوكيات لا يكون حاداً بما يكفي لضمان التشخيص بوجود اضطراب المسلك أو اضطراب العناد والتحدي إلا أنه يكون هناك ضعف ملحوظ ، ويستخدم اصطلاح Not Otherwise Specified (NOS) كنمط يصف السلوك أو السلوكيات التي لا تنطبق عليها المعايير أو المحكات بالنسبة لتشخيص اضطراب المسلك أو اضطراب العناد والتحدي (الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association ، ٢٠٠٠) .

وكل اضطراب من هذه الاضطرابات يتم اعتباره عادة كياناً متميزاً

بسماته الخاصة الفريدة من نوعها ، والمعـايير أو المحكـات التشخيـصية المتضمنة بالدليل التشخيـصي والإحـصائي الرابـع المعـدل ، أو الـدليل التشخيصي والإحصائي الخامس رغم أنها مستقلة بكل اضطراب مـن هـذه الاضطرابات إلا أنها مرتبطة ببعضها البعض من خلال السمة المشتركة التي تفيد بأن سلوك الأطفال والمراهقين الذين لديهم هذه الاضطرابات هي سلوك فوضوي ، وتحدث هذه السلوكيات في البيت وفي المدرسة وفـي المجتمـع وتؤثر على علاقاتهم مع الوالدين والمعلمين والأقـران (فاريـل Farrell ، ٢٠١١) .

معدلات انتشار اضطراب السلوك الفوضوي :

لا يوجد اتفاق على معدل انتشار السلوك الفوضوي وربما يرجع ذلـك إلى عدم وجود تعريف عالمي متفق عليـه للمـشكلة ، وتتـراوح معـدلات الانتشار في دراسات الأطفال والمراهقين الذين لـديهم اضـطراب العنـاد والتحدي من١% إلى أكثر من ٢٠% ، بينما يتـراوح انتـشار اضـطراب المسلك من أقل من ١% لما يزيد على ١٠% ، ونمو مشكلات المسلك يظل ثابتاً إلى حد ما من مرحلة الطفولة المبكرة إلى مرحلة الطفولـة المتـأخرة (برويدى وآخرون .Broidy et al ، ٢٠٠٣) ، وعلاوة على ذلك فلقد بينت الدراسات أن سمات اضطراب العناد والتحدي تظهر مبكراً في عمر سـنتين إلى ثلاث سنوات عما في حالة الأعراض المرضـية المتعلقـة باضـطراب المسلك ، ويصل متوسط عمر بداية حدوث اضطراب العناد والتحدي إلى ٦ سنوات مقارنة بـ ٩ سنوات بالنسبة لاضطراب المسلك ، وهناك ما يقـرب من ٣٣% من الأطفال الذين لديهم اضطراب العناد والتحدي يتطور لـديهم الاضطراب بعد ذلك ليصبح اضطراب المسلك ، وأن ٤٠% من الأفراد الذين لديهم اضطراب العناد والتحدي يتطور لديهم الاضطراب ليصبح اضـطراب

الشخصية المعادية للمجتمع في مرحلة الرشد (لوبير وفارنجتون Loeber & Farrington ، ٢٠٠٠) .

ويصعب تحديد مدى انتشار السلوكيات الفوضوية ؛ حيث إنها لا تسبب ضعفاً كافياً بحيث يستوجب إجراء تشخيص طبي ، ومع ذلك فإن السلوكيات الدالة على عدم الامتثال والمعارضة أو العناد تشكل درجة عالية من المخاوف بين الوالدين وتعتبر من المشكلات السلوكية التي يتم ذكرها بشكل متكرر جداً لدى أطباء الأطفال الذين يعملون في مجال الرعاية الأساسية ، وبصفة عامة فإن حوالي ٥% من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم فيما بين ٦ إلى ١٨ سنة تنطبق عليهم معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية فيما يتعلق باضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي في أي وقت ، وتشخيص اضطراب العناد والتحدي أو اضطراب المسلك يكون أكثر شيوعاً لدى البنين أو الذكور على الرغم من أن سلوك المعارضة أو العناد في حد ذاته يكون شائعاً بدرجة متساوية بين كلا الجنسين (هارستاد وبارباريزي Harstad & Barbaresi ، ٢٠١١) .

الحالة المرضية المشتركة :

يقصد بالحالة المرضية المشتركة تلك الحالة التي تحدث بطريقة متزامنة أو تظهر في نفس الوقت مع حالة مرضية أخرى ، ويوجد معدل عالٍ للحالة المرضية المشتركة بين اضطرابات السلوك الفوضوي ففي الأطفال الذين لديهم اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد فإن الحالة المرضية المشتركة مع الاضطرابات الأخرى تتم رؤيتها في ٥٠% - ٨٠% تقريباً من الحالات ، وعلى وجه التقريب هناك نسبة تقدر بـ ٣٠% إلى ٥٠% من الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك لديهم حالة نفسية مرضية مشتركة لاضطراب القلق ، والحالات الأخرى التي ذُكر أنها تحدث

مع اضطرابات السلوك الفوضوي تتضمن مجموعة الأعـراض المرضـية المتعلقة بسوء استخدام المخدرات والمـشروبات الكحوليـة ، واضـطراب توريت Tourette Disorder ، ومع ذلك فأكثر الحالات المرضية التي تحدث بطريقة متكررة تكون بين الاضطرابات المتعلقة بالسلوك الفوضوي بنـسبة من ٣٥% : ٦٠% (بونتي وآخرون Bunte et al. ، ٢٠١٣) .

ومن النادر أن نشاهد حالة لاضطرابات الـسلوك الفوضـوي غيـر مصحوبة باضطراب إضافي أو أكثر ، وبمعنى آخر فإن الحالـة المرضـية المشتركة هي القاعدة وليست الاستثناء فحوالي ٣٦% من الإناث ، ٤٦% من الذكور ممن لديهم اضطراب العنـاد والتحـدي انطبقـت علـيهم المعـايير التشخيصية لاضطراب المسلك ، ومن ٥٠% - ٦٥% من الشباب الذي لديه اضطراب العناد والتحدي كان لديهم اضطراب نقص الانتبـاه المـصحوب بالنشاط الزائد كاضطراب مصاحب ، وحوالي ٣٥% من الأفراد الذين لديهم اضطراب العناد والتحدي تطور لديهم شكل من أشكال الاضطراب الوجداني ، وحوالي ٢٠% من الأفراد الذين لديهم اضطراب العناد والتحـدي تطـور لديهم شكل ما من أشكال اضطراب الحالة المزاجيـة (آيبـرج وآخـرون Eyberg et al. ، ٢٠٠٨) .

والأفراد الذين يعانون من السلوك الفوضوي يكونـون فـي خطـورة واضحة لمجموعة من المصاعب الحادة التي تتـضمن اضـطراب الحالـة المزاجية ، واضطراب المسلك ، واضطراب نقـص الانتبـاه المـصحوب بالنشاط الزائد ، وسوء استخدام المادة ، وعجز عقلي تتراوح شدته من معتدل إلى متوسط (دي بور وآخرون De Boer et al. ، ٢٠١٢) .

وتحدث اضطرابات السلوك الفوضوي غالباً مع وجود مشكلات عقلية

أو نفسية صحية أخرى مثل اضطرابات القلق ، واضطراب الوسواس القهري واضطراب الاكتئاب الحاد ، واضطرابات التواصل Communication Disorders ، وعلى الرغم من أن تشخيص اضطراب المسلك يحل محل اضطراب العناد والتحدي لدى حوالي ٩٠% من الأطفال الذين لديهم اضطراب العناد والتحدي المبكر الحدوث فإن بعض حالات اضطراب العناد والتحدي لا تؤدى إلى حدوث أو وجود اضطراب المسلك (باريتز وآخرون .Barnes et al ، ٢٠١٣) ، والأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك يكونون في خطر بالنسبة للاضطرابات المزاجية التي تعتبر حالة مرضية مصاحبة أو مشتركة مثل القلق والاكتئاب ، وطبقاً لآراء نتائج العديد من الدراسات فإن ارتباط اضطراب المسلك مع اضطرابات المزاج لدى المراهقين ولاسيما اضطراب الاكتئاب الحاد ، واضطراب اليأس أو القنوط يكون أعلى من المتوقع إذ يصل إلى٥٠% في بعض الدراسات ، ويكون اضطراب المسلك ممهداً رئيسياً أو منبئاً أساسياً لاضطراب الاكتئاب ، فالمراهقين الذين لديهم اكتئاب يعرضون أو يظهرون سلوكيات معادية للمجتمع ، ولكن في أغلب الأحيان لا يكون واضحاً ما إذا كان ينطبق عليهم المعايير أو المحكات الكاملة لاضطراب المسلك ، يضاف إلى ذلك أن الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك من المحتمل أن يظهر لديهم أوجه عجز أكاديمي كما اتضح ذلك في مستوى التحصيل ، ومستوى التذكر ، والإقصاء أو الطرد المبكر من المدرسة ، وأوجه العجز في مهارات معينة كالقراءة والكتابة (كازدين Kazdin ، ١٩٩٦) .

ويعرض الأطفال الذين لديهم اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد تحديات لا مثيل لها فيما يتعلق بالتقدير والتدخل وهذا التدخل يرجع جزئياً إلى الحقيقة التي تفيد بأن معظم الأطفال الذين لديهم اضطراب

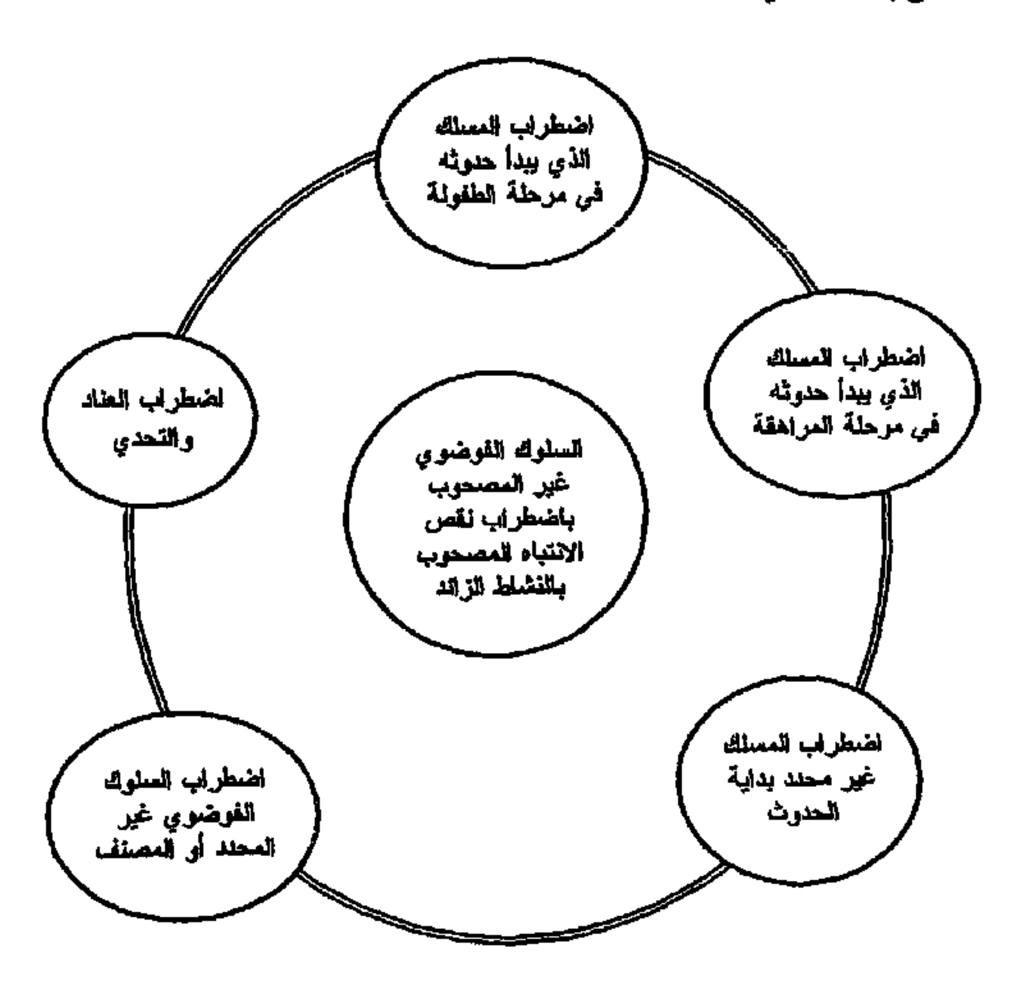
نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يكون لديهم اضطراب العناد والتحدي أو اضطراب المسلك كحالة مرضية مشتركة ، وعلى وجـه العمـوم فـإن التشخيصات التي تتضمن اضطراب المسلك أو اضطراب العناد والتحدي أو اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد تتواجد مع بعضها البعض غالباً ، وأوضحت نتائج العديد من الدراسات التي أجريت في هذا الصدد أن نسبة تتراوح بين ٤٥% : ٧٠% من الشباب الذين لديهم اضطراب المسلك أو اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد تنطبق عليهم أيضاً المعايير التشخيصية لبعض الاضطرابات الأخرى ، ومن بين الشباب الذي يتم تحويله للعيادات والذي تنطبق عليه معايير تشخيص اضطراب المسلك وجد أن ٨٤% – ٩٦% انطبق عليهم أيضاً معايير تشخيص اضطراب العناد والتحدي (دى بور وآخرون .De Boer et al ، ٢٠١٢) .

كما أن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد كحالة مرضية مشتركة مع اضطراب المسلك يوجد لدى ٢٥% من الشباب الذين تم تشخيصهم بما يفيد وجود اضطراب المسلك لديهم ، والأطفال الذين لديهم اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من المحتمل بواقع مرتان ونصف أن يكون لديهم حدوث مبكر لاضطراب المسلك (آيبرج وآخرون .Eyberg et al ، ٢٠٠٨) ، كما أن ٣٩% من الفتيات ، ٤٦% من البنين الذين لديهم اضطراب المسلك انطبقت عليهم المعايير المتعلقة باضطراب آخر على الأقل ، وتوجد نسبة متوازية من الفتيات حوالي ١٢% مقابل ١٤% من البنين الذين لديهم اضطراب المسلك يعانون من الاكتئاب ، وحوالي ١٦% من الفتيات اللاتي تم تشخيصهم بأن لديهم اضطراب المسلك يكن أكثر عرضة للتعرض للقلق والاكتئاب ، وحوالي ١٦% من الفتيات اللاتي لديهن اضطراب المسلك لديهن قلق كحالة مرضية مشتركة أكبر مما

لدى البنين (النسبة ١٠%) (أوهـان وجونـستون Ohan & Johnston ، ٢٠٠٥) .

الأعراض المرضية والمعالم الكلينيكية لاضطرابات السلوك الفوضوي :

يوضح الشكل التخطيطي التـالي الاضـطرابات الأساسـية للـسلوك الفوضوي المتضمنة في الدليل التشخيـصي والإحـصائي الرابـع المعـدل للاضطرابات النفسية .



شكل (٢) يوضح الاضطرابات الأساسية للسلوك الفوضوي المتضمنة في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية

علامات التحذير المبكرة لحدوث اضطرابات السلوك الفوضوي :

- مزاج أو طبع يدل على سرعة الغضب .
- عدم الانتباه .
- نقص الاستعداد المدرسي .
- الاندفاعية .
- أسلوب تفاعلي قسري أو قهري .
- تحدى الكبار .
- العدوان تجاه الأقران .
- مهارات اجتماعية رديئة .
- نقص مهارات حل المشكلات .

وتوجد مجموعة من العوامل الحمائية **Protective Factors** يمكن أن تحد من التصعيد وهذه العوامل تتضمن :

- الحدوث المتأخر .
- التقدير أو التقييم المبكر .
- العلاج الفعال .
- غياب الاضطرابات التي تحدث بطريقة متزامنة مع الاضطراب الأصلي الموجود .
- تاريخ أسرى سلبي بشأن اضطراب السلوك الفوضوي .

التنبؤ بسير الاضطراب :

على الرغم من أن اضطراب العناد والتحدي واضطراب المسلك يرتبطان ارتباطاً وثيقاً فإن علاقتهما تعتبر علاقة معقدة ، فبعض الأطفال الذين لديهم تشخيص يفيد بوجود اضطراب العناد والتحدي في مرحلة الطفولة يتطور أو يتحول في النهاية إلى تشخيص يفيد بوجود اضطراب المسلك بعد الوصول إلى مرحلة البلوغ ، والأطفال الآخرون يظهرون

سلوكيات فوضوية لوقت قصير أو يستمرون في حمل تشخيص يتعلق باضطراب العناد والتحدي إلا أنه لا يتطور ليصبح اضطراب المسلك (وانج وآخرون .Wang et al ، ٢٠١٢) ، والبنون الذين لديهم اضطراب العناد والتحدي من المحتمل بدرجة كبيرة أن يتم تشخيصهم فيما بعد بما يفيد وجود اضطراب المسلك بالمقارنة بالفتيات ، وبعض الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك يتطور الأمر لديهم ويظهرون صورة جانبية تتفق مع تشخيص اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع ، وفي الحقيقة فإن محكات أو معايير الدليل التشخيصي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية بالنسبة لاضطراب الشخصية المعادية للمجتمع تتطلب دليلاً لاضطراب المسلك قبل سن ١٥ عاماً ، ومع ذلك فإن معظم الأطفال الذين تم تشخيصهم بما يفيد وجود اضطراب المسلك لا يتطور لديهم اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع في مرحلة الرشد (روى وآخرون .Rowe et al ، ٢٠٠٥) .

وبصفة عامة أوضحت الدراسات أنه كلما زاد العدد المتزايد للسلوكيات الفوضوية التي يظهرها الطفل كلما كانت النتيجة الطويلة الأمد أسوأ (رى وآخرون .Rey et al ، ٢٠٠٧) ، والأعراض المرضية التي تتمثل في العدوانية ، والسلوك المضاد أو المعادى للمجتمع ، وإشعال الحرائق ، والخلل الوظيفي الأسرى ، وسوء استخدام المادة ترتبط بتنبؤ رديء لسير الاضطراب ، ومن بين الأطفال الذين لديهم اضطراب العناد والتحدي ، فإن الأطفال الذين لديهم سمات مزاجية تتعلق بالعناد والمجادلة لديهم تنبؤ أسوأ بسير الاضطراب بالمقارنة بالأطفال الذين يحدث لديهم السلوك المتسم بالعناد والتحدي كنتيجة لحدث حاد (هاريس Harris ، ٢٠٠٦) ، والمراهقون الذين لديهم سلوكيات خارجية حادة من المحتمل بدرجة أكبر أن يتركوا المدرسة مبكراً ويذكروا المحنة أو الضيق بشكل عام خلال حياتهم وذلك

بالمقارنة بالمراهقين الذين لديهم عـدد قليـل مـن الـسلوكيات الخارجيـة Externalizing Behaviors أو الذين لا يوجد لديهم سـلوكيات خارجيـة ، ومن الصعب تحديد إذا كانت تجاربهم في مرحلة المراهقـة (علـى سـبيل المثال الدخول في متاعب ، والعلاقات الأسرية المـضطربة) تـؤدى إلـى المزيد من المصاعب أو المشكلات التي تحدث في حياتهم ، أو ما إذا كانـت مصاعب أو متاعب الكبار أو الراشدين ترجع بدرجة أساسية إلى السلوكيات الفوضوية الرئيـسية (هارسـتاد وباربـاريزى Harstad & Barbaresi ، ٢٠١١) .

ويصاحب اضطرابات السلوك الفوضوي غالباً حالات مرضية أخرى مشتركة ، ومن أهم هذه الحـالات المرضـية اضـطراب نقـص الانتبـاه المصحوب بالنشاط الزائد ، والاكتئاب الحاد ، واضطرابات سوء اسـتخدام المادة ، ويحدث اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بواقع ١٠ مرات بطريقة متكررة لدى الأفراد ذوي اضطرابات الـسلوك الفوضـوي ، ويحدث الاكتئاب الحاد بواقع ٧ مرات بالمقارنة بالأطفال الذين لا يوجد لديهم تشخيص يفيد بوجود اضطرابات السلوك الفوضوي ، والطفل الذي يتـراوح عمره من ١١ – ١٤ سنة ولديه تشخيص يفيد بوجود اضطراب المسلك لديه احتمال متزايد بواقع ٤ مرات بأن يحدث له اضطرابات تتعلق بالمادة قبل أن يبلغ ١٨ سـنة (أنجولـد وكوسـتيلو Angold & Costello ، ٢٠٠٢) ، وهناك الكثير من الاضطرابات الطبية النفسية والتنموية الأخرى تعتبر أكثر انتشاراً لدى الأطفال الذين يوجد لديهم اضطرابات السلوك الفوضوي وذلـك بالمقارنة بالعينة السكانية العامة ، وهذه الاضطرابات تتضمن اضـطرابات الحالة المزاجية ، واضطرابات القلق بالإضافة إلى الإضطرابات المعرفيـة والاضطرابات المتعلقة بـالتعلم (ري وآخـرون Rey et al. ، ٢٠٠٧) ،

ونظراً للعدد المتزايد للحالات المرضية المشتركة المصاحبة أو المرتبطة باضطرابات السلوك الفوضوي ، فمن المهم بالنسبة للمتخصصين في مجال الرعاية الصحية الأساسية للأطفال أن يقدروا بطريقة روتينية أو معتادة الانتباه ، والحالة المزاجية ، واستخدام المادة ، والأداء المدرسي لدى الأطفال والمراهقين الذين لديهم سلوكيات فوضوية .

عوامل الخطورة بالنسبة لتطور اضطرابات السلوك الفوضوي :

تشمل عوامل التنبؤ بالمخاطرة لاضطراب السلوك الفوضوي كل من السلوك المعادي للمجتمع في مرحلة سابقة ، والنبذ من جانب الرفاق ، والعدوان المبكر ، والمستوى الاجتماعي الاقتصادي المتدني للأسرة ، وسمات سيكولوجية تتمثل في مستوى عالي من النشاط أو مدى انتباهي قصير ، وممارسات الوالدين في التأديب مثل التأديب غير المتسق والقاسي ، والاهتمام المتدني بالتعليم ، والأسرة الكبيرة العدد ، وأساليب الوالدين المتضاربة في التأديب ، وتفسر أو تعلل هذه العوامل من ٣٠ - ٤٠% من التباين في اضطرابات السلوك الفوضوي ، وتتضمن عوامل الحماية كل من المهارات الجيدة ، والمجاهدة أو التصرف ، والعلاقات المشجعة مع الكبار أو الراشدين ، والالتزام الأسرى بالقيم الاجتماعية (باسارات Bassarath ، ٢٠٠١) .

ويبدو أن تراكم عوامل الخطورة يكون هاماً جداً لتطور اضطرابات السلوك الفوضوي ، ومن المحتمل بدرجة كبيرة جداً أن اضطرابات السلوك الفوضوي لها مصدر للعلة أو المرض متعدد العوامل بما في ذلك درجة القابلية الوراثية والإسهامات البيئية والاجتماعية ، وعلى وجه العموم فإن بعض عوامل الخطورة الشائعة إلى حد كبير جداً تتضمن الحالة الاجتماعية

الاقتصادية المتدنية ، وتاريخ يدل على النبذ أو الإساءة ، والتحديات الوالدية التي تتضمن السلوكيات المعادية للمجتمع ، وسوء استخدام المادة ، والأسلوب الوالدي المختل ، وفي دراسة قام بها كوستللو وآخرون Costello et al. (٢٠٠٣) بهدف تقييم تأثير الفقر على انتشار اضطراب المسلك ، واضطراب العناد والتحدي ، واستخدموا في ذلك مجموعة من أطفال الريف ممن تتراوح أعمارهم الزمنية بين ٩ - ١٣ سنة ، وكان ربع أفراد العينة من الأطفال الأمريكيين الأصليين والباقي من البيض ، وتم إجراء فحص طبي نفسي لمدة ثمان سنوات وفي منتصف الدراسة تم افتتاح كازينو في المنطقة التي يعيش فيها هؤلاء الأطفال وذلك أعطى كل أمريكي أصلي زيادة كبيرة في الدخل مما أبعد ١٤% من هؤلاء الأسر أو العائلات التي في هذه الدراسة عن دائرة الفقر الأمر الذي أدى إلى انخفاض المشكلات السلوكية لدى الأطفال ، والميكانيزمات التي حدث بمقتضاها ذلك يبدو أنها كانت تتعلق بعدد أقل في حالات الانفصال أو الطلاق ، والإشراف الوالدي الأفضل وليس بالأحرى زيادة الدخل الشهري فقط .

وعلى الرغم من أن الكثير من عوامل الخطورة يعتبر معروفاً فإن الأساس التشريحي لاضطرابات السلوك الفوضوي لم يتم تحديده ، ومع ذلك فإن الدراسات المتعلقة بتصوير الأعصاب وجدت أن الفص الجبهي Frontal Lobe يرتبط بالعنف والعدوان ، وبالإضافة إلى ذلك فإن الأداء الوظيفي اللانمطي للفص الجبهي كما تم الكشف عنه عن طريق الرسم الكهربائي للمخ أقترح كأساس للأسلوب الوجداني السلبي الذي يظهر لدى الأطفال الذين لديهم اضطرابات السلوك الفوضوي ، كما أتضح أيضاً أن السيروتونين Serotonin له علاقة بالعدوان (سيلبرج وآخرون Silberg et al. ، ٢٠٠٣) .

عوامل المخاطرة :

ونظراً لأن اضطراب السلوك الفوضوي يمثل مشكلة صحية عامة وعلى درجة كبيرة من الأهمية ، وللتقليل من حدة تكرار الاضطراب فإن الخطوة الأولى هي التعرف على عوامل المخاطرة ، وتحديد الأطفال المحتمل بدرجة كبيرة أن تنمو لديهم هذه المخاطر ، ومن هذه العوامل ما يلي :

١- العوامل البيولوجية :

يرى عدد كبير من الباحثين أن تفشي اضطراب السلوك الفوضوي ناتج عن عوامل وراثية ، ويوجد دليل ضئيل يوحي بأن العوامل الوراثية وحدها تساهم في حدوث اضطراب السلوك الفوضوي ، وفي هذا الصدد يرى كيندال وكومر Kendall & Comer (٢٠١٠) أنه من غير المحتمل أن النموذج الجيني وحده يمكن أن يفسر السلوكيات المعقدة مثل اضطراب السلوك الفوضوي أو النشاط الإجرامي ، كما أن هناك عوامل أخرى تتضمنها العوامل البيولوجية منها مضاعفات قبل الولادة أو مضاعفات بعد الولادة ، والجنس الذكرى ، والسموم البيئية كالرصاص .

٢- العوامل الجسمية :

أشارت نتائج عديد من الدراسات إلى أن الأطفال الذين لديهم صرع أو اضطرابات أخرى تتعلق بإصابة المخ أو وجود مرض بالدماغ يكون لديهم مخاطرة متزايدة للإصابة باضطراب السلوك الفوضوي بالإضافة إلى الاضطرابات النفسية الأخرى ، وتوصل ويسز Weisz (٢٠٠٤) إلى أن الأطفال المرضى بمرض مزمن يكون لديهم احتمال أكبر لحدوث اضطراب السلوك الفوضوي بنسبة أكبر عن رفاقهم ، وفي حالة ما إذا كانت الحالة المرضية تؤثر على الجهاز العصبي المركزي فإن عامل المخاطرة يرتفع

بنسبة كبيرة ، ولقد أتضح أيضاً أن المضاعفات في مرحلة ما قبل الولادة مثل آلام المخاض الطويلة ، والولادة باستخدام الأدوات ، والاختناق بسبب فقدان الأكسجين تنبئ بحدوث اضطراب السلوك الفوضوي .

٣- العوامل البيئية :

يُعد الخلل الاجتماعي Social Disadvantage ، والتشرد وعدم وجود مأوى ، وتدني المستوى الاجتماعي الاقتصادي ، والفقر ، والازدحام ، والعزلة الاجتماعية من العوامل المهيئة التي تساعد على حدوث اضطراب السلوك الفوضوي ، ويرى فيرجسون وآخرون Fergusson et al. (١٩٩٩) أنه كلما زادت المدة التي يعيش فيها الفرد في بيئة فقيرة خلال السنوات الأولى من حياته ، كلما أصبحت المشكلات السلوكية الخارجية سائدة بدرجة كبيرة ، وطبقاً لآراء هنري وآخرون Henry et al. (١٩٩٦) فإن الأطفال في الأسر كبيرة العدد ، والأطفال الذين يعيشون في بيوت حدث فيها طلاق أو انفصال الوالدين يكونون في مخاطرة أكبر لحدوث اضطراب السلوك الفوضوي ، والأطفال الذين لديهم اضطراب السلوك الفوضوي ينحدرون أو يأتون غالباً من بيئات مضطربة تكثر فيها المشكلات ؛ لذلك فإن المناطق العشوائية والمناطق الإيوائية بها معدلات عالية لاضطراب السلوك الفوضوي .

ويرى هارستاد وبارباريزى Harstad & Barbaresi (٢٠١١) أن عوامل المخاطرة الأسرية بالنسبة لاضطراب السلوك الفوضوي تتضمن :

- العمر المبكر لحدوث الاضطراب .
- رعاية الأطفال من جانب الوالد فقط أو الوالدة فقط .
- العنف الأسرى .
- عدم وجود أسرة دائمة .

- سوء استخدام المادة من جانب الوالدين .
- سلوك الوالدين المعادى للمجتمع .
- الصراع أو النزاع بين الوالدين والطفل .
- الرقابة الوالدية الزائدة عن الحد .
- نقص الإشراف من جانب الوالدين .
- حدوث المشكلات الأسرية في أماكن مختلفة كالبيت والمدرسة .
- اكتئاب أو قلق الأم .
- المشكلات الظاهرة (السرقة ، وإشعال الحرائق ، والكذب) في أعمار مبكرة .

٤- أوجه العجز المعرفي :

فحصت عدة دراسات الارتباطات المعرفية لاضطراب السلوك الفوضوي لدى الأطفال الصغار ووجدت أنه يكون لديهم غالباً تأخراً في نمو اللغة وفي الأداء الوظيفي المعرفي ، ومع ذلك فالمشكلات اللغوية يمكن اعتبارها عاملاً لا يتعلق بالطفل لأن كثيراً من العوامل المرتبطة بنمو الطفل ترجع إلى التفاعل بين الوالدين والطفل ؛ حيث أوضحت نتائج دراسة موفيت ولينام Moffitt & Lynam (١٩٩٤) أن التفاعل بين الأم والطفل وبيئة البيت يُعد من المنبئات الجيدة لمهارة اللغة خلال السنوات الأولى من عمر الطفل ، وأوضح هيل Hill (٢٠٠٢) أن أوجه العجز المعرفي تؤدى إلى ضعف التحصيل الدراسي ، وأن تدنى التحصيل الدراسي يرتبط باضطرابات السلوك الفوضوي .

ورغم التأثيرات التي تساهم في الظهور الأولى للسلوكيات الفوضوية فإن استمرارها يعتمد على عمليات معرفية معقدة وتفاعلات بيئية ، والميكانيزمان اللذان تم البحث فيهما جيداً للمشكلات السلوكية المستمرة هما

تشغيل المعلومات الاجتماعية ، والتفاعلات القسرية أو القهرية بين الوالـدين والطفل ، ويصف نموذج تشغيل المعلومات كيف أن التـشوهات المعرفيـة وأوجه العجز بالإضافة إلى العمليـات النفـسية أو الانفعاليـة والـسياقات الاجتماعية تؤدى إلى سلوك غير كفء من الناحيـة الاجتماعيـة بالنـسبة للأطفال ، وهذا النمط ينطبق تماماً على كل العلاقات بالأقران والاستجابة مع من بيدهم السلطة (ليمرسي وأرسـينو Lemerise & Arsenio ، ٢٠٠٠ ؛ باترسون Patterson ، ٢٠٠٢) وفي التفاعل القهـري أو القـسري بـين الوالدين والطفل تصبح التبادلات الثنائية الاتجاه بين الوالد والطفـل قهريـة بدرجة متزايدة مما يزيد من حدة الـسلوكيات الفوضـوية عنـد الطفـل ، والممارسات غير المتوافقة للوالدين فيما يتعلـق بالتأديـب أو الانـضباط ، وبالإضافة إلى التأثير على الأداء الوظيفي الأسرى فإن الدورة القهرية تبـدأ أيضاً في التعميم على تفاعلات الطفل مع الأقـران والمعلمين (باترسـون وآخرون .Patterson et al ، ١٩٩١) .

ورغم التأثيرات التي تساهم في الظهور الأولى للسلوكيات الفوضـوية فإن استمرارها يعتمد على عمليـات معرفيـة معقـدة وتفـاعلات بيئيـة ، والميكانيزمان اللذان تم البحث فيهما جيداً للمشكلات السلوكية المستمرة همـا تشغيل المعلومات الاجتماعية ، والتفاعلات القسرية أو القهرية بين الوالـدين والطفل ، ويصف نموذج تشغيل المعلومات كيف أن التـشوهات المعرفيـة وأوجه العجز بالإضافة إلى العمليـات النفـسية أو الانفعاليـة والـسياقات الاجتماعية تؤدى إلى سلوك غير كفء من الناحيـة الاجتماعيـة بالنـسبة للأطفال ، وهذا النمط ينطبق تماماً على كل العلاقات بالأقران والاستجابة مع من بيدهم السلطة (ليمرسي وأرسـينو Lemerise & Arsenio ، ٢٠٠٠ ؛ باترسون Patterson ، ٢٠٠٢) وفي التفاعل القهـري أو القـسري بـين الوالدين والطفل تصبح التبادلات الثنائية الاتجاه بين الوالد والطفـل قهريـة

بدرجة متزايدة مما يزيد من حدة السلوكيات الفوضوية عند الطفل ، والممارسات غير المتوافقة للوالدين فيما يتعلق بالتأديب أو الانضباط ، وبالإضافة إلى التأثير على الأداء الوظيفي الأسرى فإن الدورة القهرية تبدأ أيضاً في التعميم على تفاعلات الطفل مع الأقران والمعلمين (باترسون وآخرون .Patterson et al ، ١٩٩١) .

وأظهرت نتائج دراسة سبلتز وآخرون .Speltz et al (١٩٩٩) أن ثلث الأطفال في سن ٩ – ١١ سنة والذين لديهم تأخر حاد في مستويات القراءة كانوا يعانون من اضطراب المسلك ، وثلث الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك كانوا يعانون من صعوبة القراءة ، كما يؤدى ضعف التحصيل الدراسي لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب المسلك بسبب أوجه العجز المعرفي إلى شعور مستمر بتدني تقدير الذات لدى الطفل إلى جانب الشعور بالاكتئاب ، ويرى كينيدال وكومر Kendall & Comer (٢٠١٠) أن عدد كبير من الباحثين يرون أن الفشل الأكاديمي أو الدراسي هو سبب وليس بالأحرى نتيجة للسلوك المعادى للمجتمع ، ومع ذلك فإن البرامج التي حسنت من المهارات الأكاديمية لهؤلاء الأطفال لم تحقق انخفاضاً في أوجه السلوك المعادى للمجتمع .

٥- المهارات الاجتماعية الرديئة :

بعض الأطفال تعوزهم المهارات الاجتماعية وإلا سيصبحون منعزلون اجتماعياً ، فالأطفال الذين يشتركون في سلوكيات تنم عن وجود مشكلات يعتقد بأن لديهم أوجه عجز في نظام تشغيلهم للمعلومات الاجتماعية (هيل Hill ، ٢٠٠٤) .

ووجد كامبل وآخرون .Campbell et al (٢٠٠٠) أن الأطفال

العدوانيين يفسرون الدلائل الاجتماعية على أنهــا اســتفزازية ويــستجيبون بطريقة أكثر عدوانية في المواقف المحايدة ، وهؤلاء الأطفال يتم نبذهم غالباً من جانب زملائهم ، فالنبذ من جانب جماعة الرفاق يدفع الطفل لأن يكــون عضواً في جماعة الرفاق المنحرفين التي تعزز السلوكيات المنحرفة ، كمــا أن الأطفال العدوانيين والمعادين للمجتمع لا يقدرون على إقامــة علاقــات اجتماعية ناجحة مع الكبار ، ويكونون أقل احتمالاً للانصياع لسلطة الكبار .

٦- العوامل المتعلقة بالوالدين :

طبقاً لآراء زوكوليللو Zoccolillo (١٩٩٣) فإن الإهمال والإســاءة والعزل وقلة الفرص لتطوير التعلق الوالدي أو الحــب الآمــن ، والتأديــب القاسي والمتراخي وغير المتسق كل ذلك من بين الجوانب الأكثــر أهميــة للعلاقة بين الوالدين والطفل التي تضع الأطفال الصغار في مخاطر حــدوث اضطرابات السلوك الفوضوي ، فسلوك الوالدين وســماتهم والاضــطرابات النفسية التي يعانون منها كالاكتئاب مثلاً من بين المنبئات القوية جداً بحدوث المشكلات السلوكية لدى الطفل ، وتشمل العوامل المتعلقة بالوالدين ما يلي :

أ- المهارات الرديئة للوالدين :

أوضحت نتائــــج دراســة ولفنــدن وآخــرون .Woolfenden et al (٢٠٠٢) وجود خمسة جوانب للطريقة التي يربى بها الوالدين أطفــالهم ، وهذه الجوانب لها ارتباط طويل الأمد باضطرابات الــسـلوك الفوضــوي ، وتتمثل هذه الجوانب في الإشــراف الردئ ، والتأديــب القاســي ، وعــدم التوافــق بين الوالدين ، ونبذ ورفض الطفـــل ، والاشــتراك المــنخفض للوالدين في أنشــطة الطفل ، وهذه الجــوانب المتعلقة بالأسلوب الوالدي في التنشئة تعد سبباً رئيسياً لاضطراب المسلك عند الأطفال ، وتوصلت وبــستر - ستراتون وسبتزر Webster-Stratton & Spitzer (١٩٩٦) إلا أن آباء

الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي تعوزهم المهارات الوالدية الأساسية ويعرضون عدد أقل من السلوكيات الإيجابية ، وأسلوبهم في التأديب يتضمن العنف والنقد ، ويكونون أكثر تساهلاً وغير متوافقين ، ويفشلون في مراقبة سلوك طفلهم ليضمنوا أنه سلوك مرغوب فيه ولا يخبرون أطفالهم بالطريقة التي يجب أن يكون عليها سلوكهم ، كما يفشلون في تنفيذ القواعد السلوكية بوضوح ؛ حيث يختلط لديهم التعزيز الإيجابي بالتعزيز السلبي .

ب- التعلق أو الحب :

طبقاً لنموذج التعلق أو الحب الذي اقترحه بوولبى Bowlby فإن استجابة الوالدين يتم وضع مفهوم أو تصور ذهني لها على أنها هامة جداً في تطوير مهارات الضبط أو التحكم الذاتي ، ولهذا فإن العلاقة أو الرابطة الناتجة بين الطفل الرضيع والوالدين تعتبر علاقة هامة ، وتلعب دوراً رئيسياً في الأنماط اللاحقة لسلوك الطفل .

وأظهرت نتائج عدد كبير من الدراسات أن الأطفال الذين تلقوا رعاية غير كافية من أهلهم أو القائمين على رعايتهم يتصرفون بطريقة أكثر اضطراباً لجذب انتباه والديهم ، كما أن التفاعلات الرديئة أو السيئة بين الأم والطفل تؤثر على الطفل بشكل كبير فتجعله يطور أهدافاً غير واقعية خاصة بالقواعد الاجتماعية ، يضاف إلى ذلك أن وجود أنماط قهرية للتفاعل داخل العلاقة بين الطفل وأحد والديه تؤدى إلى نقل هذا النمط القهري للتفاعل إلى جماعة الرفاق (باترسون وآخرون .Patterson et al ، ١٩٩١) .

ج- مشكلات الصحة النفسية لدى الوالدين :

قام أوفورد وآخرون .Offord et al (١٩٨٩) بإجراء دراسة طولية

للأسر التي بها أحد الوالدين فقط ، والأسر التي بها الوالدين معاً ، وأوضحت النتائج أن الأمهات اللاتي لديهن اضطراب نفسي أو كرب أو محنــة نفــسية واكتئاب حاد أو مشكلات تتعلق بشرب الخمور كن أكثــر احتمــالاً بواقــع الضعف بأن يكون لديهن أطفال يعانون من المشكلات الخارجيــة الموجهــة نحو الآخرين ، كما وجد هيل Hill (٢٠٠٢) أن الأطفــال الــذين تزيــد أعمارهم عن عام واحد ، والذين كانت أمهاتهم مكتئبات في مرحلة ما قبــل الولادة يظهر لديهم مشكلات مثل التعلق أو الحب غير الآمــن ، والــسلوك المعادى للمجتمع ، وأوجه العجز المعرفي ، كما أشار أيضاً إلى أن الأمهات المكتئبات ينتقدن أطفالهن بدرجة شديدة ، ويكن أكثر احتمــالاً لأن يــدركن سلوك أطفالهن على أنه سلوك غير ملائم وغير متوافق ، كما أوضحت نتائج عدد كبير من الدراسات وجود ارتباط قوى بين وجود الشخــصية المعاديــة للمجتمع عند أحد أو كلا الوالدين ، ووجود سلوك مشابه لذلك لدى أطفالهم .

د- سوء استخدام المادة وميل الوالدين للسلوك الإجرامي :

يرى باترسون وآخــرون .Patterson et al (١٩٩١) أن الأطفــال الذين ينحدرون من أسر يكون فيها الوالدين متورطين في سوء استخدام المادة والأنشطة الإجرامية يكونون في مخــاطرة خاصــة مــن جــراء حــدوث اضطرابات السلوك الفوضوي لديهم ، ويؤكد أوفــورد وبينــت Offord & Bennett (١٩٩٤) على أنه عندما يكون أحد الوالدين أو كلاهمــا مــدمن للخمر فإن ذلك يزيد من فرص الأطفال لأن يحدث لهم اضطراب المــسلك ، واضطراب العناد والتحدي .

ويرى عدد كبير من الباحثين أن توافر عدد من عوامل المخاطرة يلعب دوراً في زيادة المشكلات السلوكية للأطفــال ، فالآبــاء مــدمني الخمــر ،

والمنحدرون من بيوت تنتمي إلى طبقة اجتماعية اقتصادية متدنية ، والمتورطون في النشاط الإجرامي ، ومما لديهم تاريخ يدل على البلطجة ، ويسود الانهيار علاقاتهم الزوجية يوفرون النماذج المنحرفة التي يقلدها الأطفال ، يضاف إلى ذلك أن سوء استخدام المادة يضعف قدرة الوالدين على رعاية أطفالهم بطريقة صحيحة .

هـ- التنافر بين الزوجين :

الصراع بين الزوجين الذي يؤدى إلى الطلاق له آثار مدمرة على الصحة النفسية للأطفال ، كما أن الضيق أو الكرب الزواجي يؤثر على تنشئة الأطفال وتربيتهم ، فالوالدين المنفصلين لا يتفقان غالباً على القواعد أو الكيفية التي ينبغي عن طريقها تنفيذ هذه القواعد ، ومن ثم عدم التواصل ، وفقدان التفاعل بشأن النظام أو التأديب مما يؤدى بدوره إلى ممارسات تأديبية غير متسقة ، ويرى بيتت وآخرون .Pettit et al (٢٠٠١) أنه عندما يكون هناك صراع مستمر في الأسر التي لا ينفصل فيها الوالدان تحدث مشكلات سلوكية عديدة للطفل تؤثر على تقديره لذاته .

وأوضحت نتائج دراسة وبستر- ستراتون وهاموند -Webster Stratton & Hammond (١٩٩٩) أن مهارات إدارة الصراع أو النزاع الزواجي السلبي من جانب الوالدين (والذي تم تعريفه على أنه عدم القدرة على التعاون أو التآزر وحل المشكلات إلى جانب الاتصال بطريقة سلبية بشأن المشكلات) كان متغيراً مهماً في المساهمة في حدوث اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي لدى الأطفال .

و- العنف بين الزوجين :

قدم بيتت وآخرون .Pettit et al (٢٠٠١) دليلاً يفيد بأن النزاع بين

الزوجين الذي يتضمن العدوان الجسمي يساعد بدرجة كبيرة في تكدير الأطفال عن أي شكل آخر من أشكال النزاع بين الزوجين ، والأطفال الذين يشاهدون العنف بين الزوجين يقلدون ذلك في علاقاتهم بالآخرين ، ويعرضون سلوكاً عنيفاً تجاه الأسرة والرفاق والمعلمين ، فالأطفال حينما يتعرضون للانفعالات السلبية فإن سلامتهم وأمنهم النفسي يتعرضان للتهديد إلى جانب فقدان الثقة بالنفس مما يؤدى إلى إصابتهم بالاضطرابات النفسية المختلفة ومنها اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي .

ز- الإساءة :

تعد الممارسات الوالدية السيئة تجاه أطفالهم من أكثر عوامل المخاطرة لحدوث اضطرابات السلوك الفوضوي ، ويرى ولف Wolfe (١٩٩٩) أن الأطفال الذين يتعرضون للإساءة الجسمية يكونون عدوانيين وغير مطيعين ، ويستخدمون سلوك التفعيل Acting -Out Behavior ويؤدون بطريقة سيئة في المهام المعرفية التي تسند إليهم ، كما أن الأطفال الذين يتعرضون للإساءة الجنسية يظهرون مجموعة من المشكلات التي تشمل العدوان والانسحاب ، ويفتقدون الحب والتقبل من جانب رفاقهم .

ح- انفصال الوالدين :

عندما يكون الوالدان منفصلان أي أن كل منهما يعيش بمفرده وبمعزل عن الآخر فإن الضغوط المستمرة فيما يتعلق برعاية الطفل ، بالإضافة إلى القضايا المتعلقة بالنواحي المنزلية والأمور الوالدية والمالية يكون من الصعب إدارتها أو التصرف حيالها مما يؤدى إلى إتباع نظام تأديبي غير متسق Inconsistent Discipline نظراً للإرهاق النفسي وقلة أو نقص شبكات المساندة الاجتماعية التي تساعدهم في تربية ورعاية أطفالهم ، والآباء

والأمهات الذين لديهم أطفالاً يعانون من اضطرابات السلوك الفوضوي يذكرون وجود منغصات كثيرة بنسبة مرتين إلى أربع مرات مقارنة بآباء وأمهات الأطفال الذين لا يوجد لديهم اضطرابات السلوك الفوضوي (وبستر – ستراتون Webster-Stratton ، ١٩٩٠) .

وهكذا يتضح أن هناك عدد من عوامل المخاطرة بالنسبة لاضطرابات السلوك الفوضوي ، وهذه العوامل قد تحدث مجتمعة أو مرتبطة ببعضها البعض ، وبصرف النظر عن الارتباط المباشر بين الفقر أو تدني الحالة الاقتصادية والاجتماعية ، والمشكلات السلوكية لدى الطفل والتي تشمل الضعف المعرفي ، والمزاج الصعب ، والعدوانية ، والنشاط الزائد والاندفاعية ، وضعف الانتباه ، والمشكلات التي تتعلق بالقراءة ، هناك عوامل أخرى تتضمن الاكتئاب من جانب الأم ، والتعرض المكثف للعنف عن طريق الإعلام أو وسائل نقل المعلومات ، والممارسات الرديئة للوالدين تعمل جميعها كوسائط إضافية لحدوث اضطرابات السلوك الفوضوي .

التقييم المبدئي لاضطرابات السلوك الفوضوي :

قدمت الأكاديمية الأمريكية للطب النفسي للطفل والمراهق American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (٢٠٠٧) مجموعة من التوصيات التي تتناول التقييم بالنسبة لاضطراب العناد والتحدي ، وقدمت إحدى عشر توصية للكلينيكيين ، ومن بين هذه التوصيات تركز الست توصيات الأولى على التصفية أو التقييم بينما الخمس توصيات التالية تتناول الموضوعات المتعلقة بالعلاج ، وعلى الرغم من أن توصيات الأكاديمية الأمريكية للطب النفسي للطفل والمراهق تعتبر محددة لاضطراب العناد والتحدي إلا أنها تعتمد على مراجعة شاملة لمجموعة المؤلفات المتعلقة بالسلوكيات الفوضوية بصفة عامة ، وفيما يلي تناول هذه التوصيات :

التوصية الأولى :

التحالفات العلاجية مع الطفل وأسرته يجب أن يـتم عملهـا لـضمان التقدير والعلاج الناجح لاضطراب السلوك الفوضوي ، وتحتاج التحالفات مع الوالدين والطفل إلى أن تتم إقامتها أو عملها بطريقة منفصلة ، ويجب علـى الكلينيكيين أن يوضحوا دورهم كمساعدين، والطريقة المثلى لاشتراك الشباب هي التأكيد على غضبه وإحباطه أثناء الفشل في الموافقة على السلوك العنيد والعدواني ، وبالمثل يجب على الكلينيكي أن ينقل المشاركة الوجدانيـة مـع إحباط الوالدين بدون أن يجعلهم يشعرون بأنهم متهمين أو يتم الحكم عليهم أو أن لديهم حليف .

التوصية الثانية :

لابد من بذل جهود فعالة لمعالجة أو تناول القضايا أو الموضـوعات الثقافية في تشخيص وعلاج اضطرابات السلوك الفوضوي .

التوصية الثالثة :

يجب أن تتضمن تقدير اضطرابات السلوك الفوضوي معلومـات يـتم الحصول عليها مباشرة من الطفل ومن الوالدين أو مقدمي الرعاية بـصرف النظر عن الأعراض المرضية الدالة ، وعمر بداية الحدوث ، والفترة الزمنية للأعراض المرضية ، ودرجة الضعف الوظيفي ، ومـن المهـم أن نميـز اضطراب العناد والتحدي عن العناد النمطي ، والأعمال العـابرة المعاديـة للمجتمع ، واضطراب المسلك ، والتحليل السلوكي الوظيفي سيـساعد فـي التعرف على نتائج سلوك الشباب بالإضافة إلـى أوجـه سـلوك الوالـدين والآخرين الذين في حياة الطفل ، وفي جميع الحالات ينبغـي النظـر إلـى المواقع المتعددة ، والعمليات ، والمبلغين (مقدمي المعلومات) مـن أجـل التصفية المستفيضة أو التقييم .

التوصية الرابعة :

ينبغي على الكلينيكيين أن ينتبهوا بشدة إلى الاضطرابات الطبية النفسية التي تدل على حالة مرضية مشتركة وذلك عند تشخيص وعلاج اضطرابات السلوك الفوضوي ، وتعتبر الحالة المرضية المشتركة لاضطرابات السلوك الفوضوي مشتركة أو شائعة وتؤدى إلى تنبؤ رديء بسير المرض والنتائج ، ويميل الشباب الذي يعانى من هذا الاضطراب إلى إظهار عدوان أكبر ، واستمرار أوسع للمشكلات السلوكية ، ونبذ أكبر من جانب الأقران ، وتحصيل متدني بشكل أكبر في النواحي الدراسية أو الأكاديمية ، والاستخدام المتكرر للمادة ينبغي أن يتم النظر إليه أو وضعه في الاعتبار فيما يتعلق بالأقران الصغار الذين لديهم اضطرابات السلوك الفوضوي ، وكذلك المراهقين عندما لا تسفر التدخلات عن الاستجابة المتوقعة .

التوصية الخامسة :

تتضمن المعلومات التي تم الحصول عليها بطريقة مستقلة من مصادر خارجية متعددة ، وينبغي على الكلينيكيين أن يكونوا على دراية بأن الوالدين والمربين يتجهون إلى أن يتفقوا بدرجة أكبر مع بعضهم البعض على السلوكيات الخارجية التي يصدرها الشباب ، وتعد السلوكيات المدونة بالتقارير الذاتية للأطفال منبئاً أفضل للاستقرار بعد عام واحد ولاسيما عندما يتم تضمين الأعمال الظاهرة أو الواضحة .

التوصية السادسة :

استخدم استبيانات نوعية ومقاييس للتقدير عند تقييم الأطفال والمراهقين الذين لديهم اضطرابات السلوك الفوضوي ، وعند تتبع التقدم ، ولقد تم تطوير مصفوفة من الأدوات من أجل قياس السلوكيات الفوضوية والسلوكيات

العدوانية الأخرى للأطفال والمراهقين لأغراض التتبع التشخيصي ، وتتبع الأعراض المرضية ، ومعظمها كانت لها صفات قياسية نفسية تتدرج من جيدة إلى ممتازة (أي أنها تتمتع بدرجة عالية من الصدق والثبات) ، وتم تصميم مجموعة من الأدوات لتقييم السلوك المتسم بالعناد والتحدي ، وباضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وبعض هذه الأدوات لها نسخ مختصرة يمكن استكمالها بسرعة من جانب المستجيبين أو المفحوصين .

تقدير الأطفال الذين لديهم سلوكيات فوضوية :

يهتم المتخصصون في مجال الرعاية الصحية الأساسية بالأطفال الذين لديهم مستويات متباينة للسلوكيات الفوضوية ، ولهذا فمن المهم بالنسبة للكلينيكيين أن يقوموا بعمل تقييم لسلوكيات الطفل واستجابات الوالدين ليحددوا ما إذا كان التفاعل بين الوالدين والطفل قد يساعد على استمرار السلوكيات السلبية للطفل وذلك في غفلة أو بدون قصد ، فالأهل غالباً يصدرون أوامر لطفلهم مثل " نظف لعبتك وبعض من هذه المطالب أو الأوامر قد تبدو منفرة أو غير مستحبة للطفل ، وقد يرد الطفل على هذا الحدث المنفر بعرض رد أو إجابة قهرية أو قسرية مثل الصياح أو الصراخ أو قد تنتابه نوبة غضب ، وقد يتجاوب الوالدان مع الإجابة القسرية بإزالة أو محو الطلب المنفر الأصلي ، وهذا من شأنه أن يعزز بطريقة سلبية من سلوك الطفل الدال على عدم الامتثال ، ومن المحتمل أن يستمر الطفل في الصراخ أو نوبات الغضب عندما تكون هناك أوامر مستقبلية وذلك لأنه قد تعلم أنه يحصل على ما يريد من خلال عمل ذلك ، والاستجابة الأخرى التي قد تصدر من جانب الوالدين رداً على الصراخ أو نوبات الغضب هي محاولة تهدئة الطفل وشرح السبب وراء هذا الطلب الذي أصدروه ، وهذا السلوك

من جانب الوالدين يعزز بطريقة إيجابية من سلوك الطفل الدال علـى عـدم الامتثال ، وبالتالي يستمر الطفل في إظهار أو عرض هذه الردود القـسرية لأنه قد تعلم أنه يجذب انتباه والديه ، وبدلاً من ذلك فقد يتجاوب الوالدان مع الاستجابة القهرية للطفل بتقديم حـدث منفر آخر مثل الصراخ في وجهه أو تكرار الطلب أو الأمر بصـوت عال ، وقد يستجيب الطفـل فـي النهايـة لأمر الوالدين ولكن هنا يتعلم الطفل أن يستجيب فقط لأوامر الوالدين المنفرة بشكل أكبر مثل الصراخ أو إصدار الأمر بصوت عال .

وإذا تم استخدام أي من هذه التفاعلات بين الوالدين والطفـل بطريقـة مستمرة ، فقد ينمو ويتطور لدى الطفل نمط مستمر وسيء لسلوك دال على عدم الامتثال والتحدي ، وعندما يدرك أخصائي الرعاية الصحية الأساسـية للأطفال أن التفاعل بين الوالدين والطفل يتجه في اتجاه سلبي ، فإنه يلعـب دوراً هاماً جداً في تقديم الإرشاد وتوفير الأساليب الفنية الفعالة التي يمكن أن يستخدمها الوالدان ، والاستجابة الأكثر فاعلية للوالدين على احتجاجات الطفل تتضمن التكرار البسيط والفردي للطلب أو الأمر مع الاعتراف بأن الامتثال للطلب قد يكون صعباً إلى حد ما من منظور الطفـل ؛ لـذا ينبغـي علـى أخصائي الرعاية الصحية الأساسية للأطفال أن يقـوم بتقيـيم الـسلوكيات الفوضوية لتحديد ما إذا كان ينبغي عمل تشخيص طبي لاضـطراب العنـاد والتحدي أو اضطراب المسلك ، وعلى الرغم من حدوث أعمال معينة معادية للمجتمع لدى نسبة كبيرة جداً من الأفراد ، فإن الأطفال الذين تنطبق علـيهم المعايير المتعلقة بتشخيص اضطراب العناد والتحدي أو اضطراب المـسلك يظهرون تاريخاً دالاً على سلوكيات متعددة مسببة للمشكلات .

نقاط هامة يجب أن توضع في الاعتبار عند تناول التاريخ المرضي :

تتمثل الأعراض المرضية البارزة لاضطرابات السلوك الفوضوي لدى

الأطفال في التشاجر ، والسرقة ، والكذب ، وإشعال الحرائق ، وسوء استخدام المادة ، وعند تناول التاريخ المرضى من المهم الحصول على معلومات من مصادر متعددة تتضمن الأطفال والوالدين والمعلمين ، وينبغي على أخصائي الرعاية الصحية الأساسية للأطفال أن يكون ملماً بقدر الإمكان عن كل شئ يتعلق بسلوك الوالدين ، والتفاعلات بين الوالدين والطفل ، ونقاط القوة عند الطفل لأن هذه المعلومات تكون ذات قيمة عند تخطيط العلاج وتنفيذ التدخلات المطلوبة ، ويرى هاريس Harris (٢٠٠٦) أنه يجب وضع عمر الطفل ونوعه أو جنسه في الاعتبار لأنه في الأعمار المختلفة يُظهر الأطفال أنواع مختلفة للسلوكيات الفوضوية ؛ حيث يكون تدمير ممتلكات الآخرين أكثر انتشاراً في الأعمار الأكبر ، ويتجه الذكور إلى الهجوم البدني بينما يتجه الإناث إلى العنف اللفظي غير المباشر .

وعند تقدير الطفل الذي يعاني من السلوكيات الفوضوية من المفيد استخدام المعايير الموصوفة في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (DSM-IV-TR) أو المعايير الموصوفة في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية (DSM-5) المتعلقة بتشخيص كل من اضطراب العناد والتحدي ، واضطراب المسلك ؛ فعلى سبيل المثال في حالة الطفل الذي يُظهر العدوان من المهم أن نحدد أي نوع من العدوان الذي يظهره الطفل مثل العدوان اللفظي والعدوان البدني ... إلخ ، وإلى من يتم توجيه العدوان هل الوالدين أم الأطفال الآخرين ، أم الحيوانات ... إلخ وينبغي على الكلينيكى أن يسأل عن المدة التي ظهرت فيها هذه السلوكيات ، وإذا ما كان هناك أي تغير هام أو دال حدث في حياة الطفل قبل بداية حدوث السلوكيات الفوضوية ومن المهم أيضاً سؤال الوالدين والمعلمين وغيرهم من الكبار الذين يقدمون الرعاية للطفل عن مدى فوضوية

هذه السلوكيات ، والأفراد الذين لديهم اضطراب المسلك يكونوا في أغلب الأحيان غير قادرين على تقدير قيمة رفاهية الآخرين ، ويكون تأنيب الضمير لديهم منعدم بشأن الإضرار بالآخرين ، ولهذا فهم لا يقدرون أو يفهمون أن سلوكهم يؤثر بطريقة سلبية على الآخرين .

ويقدم هاميلتون وأرماندو Hamilton & Armando (٢٠٠٨) مجموعة من الأسئلة الموجزة التي تفيد في تحديد ما إذا كانت معايير اضطراب العناد والتحدي متطابقة أم لا :

١- هل كان طفلك خلال الثلاث شهور الماضية حقوداً أو لديه روح الانتقام أو يلوم الآخرين على أخطائه ؟ (الإجابة نعم تكون الإجابة الموجبة) .
٢- ما عدد المرات التي يكون فيها طفلك شديد الحساسية والتأثر أو يتضايق بسهولة ؟ (الإجابة مرتان أو أكثر أسبوعياً تكون إجابة موجبة) .
٣- ما عدد المرات التي كان فيها طفلك غاضباً ويتجادل مع الكبار أو كان يتحدى أو يرفض تنفيذ طلبات أو أوامر الكبار ؟ (الإجابة مرتان أو أكثر أسبوعياً تكون إجابة موجبة) .
٤- ما عدد المرات التي كان فيها طفلك غاضباً أو مستاءً أو يضايق الآخرين عن عمد (أربع مرات أو أكثر أسبوعياً تكون إجابة موجبة) .

ويرى هارستاد وبارباريزى Harstad & Barbaresi (٢٠١١) أنه من المهم للأخصائيين في مجال الرعاية الصحية الأساسية للأطفال أن يكونوا متأكدين من القيام بتقدير شامل للأداء الوظيفي الاجتماعي النفسي للطفل من أجل تقدير الحالات المرضية المشتركة أو المصاحبة ، والمجالات التي يتم تقديرها تتضمن نقص الانتباه ، ومستوى النشاط ، والاندفاعية ، والتفاعلات الاجتماعية ، ومهارات الاتصال ، كما يجب النظر إلى مجموعة من العوامل

الأخرى عند تقييم السلوكيات الفوضوية مثل اضطراب القلق ، واضطرابات الحالة المزاجية ، والمشكلات المعرفية أو مشكلات التعلم ، وسوء استخدام المادة ، والتاريخ المتعلق بالإساءة الجسدية والجنسية .

المقابلة الكلينيكية :

تتضمن المقابلة الشخصية مع الشباب التاريخ الأسرى ، والاستخدام الشخصي للمادة من جانب المريض ، والتاريخ الجنسي بما في ذلك الإساءة الجنسية للآخرين ، والأعراض المرضية المستهدفة طبقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية قد لا تكون واضحة أو يتم الاعتراف بها من جانب الشباب أثناء المقابلة الشخصية ، ولكن يتم الكشف عنها عن طريق عمل مقابلات شخصية مع الوالدين وغيرهم من المبلغين (الذين يقدمون المعلومات) والمقابلة مع الشباب ينبغي أن تتضمن تقدير لقدرة الشباب على المشاركة الوجدانية والسيطرة على الاندفاع ، والثقة ، والقدرة على قبول المسئولية ، والشعور بالذنب أو تأنيب الضمير ، وبالإضافة إلى ذلك ينبغي أن يحدث تقدير للأداء الوظيفي المعرفي ، والحالة المزاجية ، وإمكانية الإقدام على الانتحار ، واستخدام المادة ، وينبغي التوصية بعمل تحليل للبول والدم ، ولاسيما عندما يوحي الدليل الكلينيكي بوجود سوء استخدام للمادة ينكره المريض ، ومقاييس التقارير الذاتية قد تقدم معلومات مفيدة (كارتر وآخرون .Carter et al ، ٢٠١٣) .

ويتم عمل تشخيص لاضطراب السلوك الفوضوي لتحديد ما إذا كان الفرد تنطبق عليه المعايير المتعلقة بتشخيص الاضطراب أم لا ، وينبغي على المقيم أو الكلينيكي أن يقوم بعمل مقابلات شخصية للأفراد والوالدين للحصول على المعلومات المطلوبة ، ويعتبر التقييم الأسرى الشامل جزءاً

هاماً للتقييم ، ولاسيما عندما لا يتم الاعتراف بالمشكلات من جانب الأفراد ، وينبغي أن يتضمن التقييم معلومات مثل المنغصات ، والدعم الاجتماعي ، والأسلوب الوالدي ، والحالة الاجتماعية الاقتصادية ، والتاريخ الأسرى للصحة النفسية ، والمشكلات المتعلقة بسوء استخدام المادة ، وبالإضافة إلى ذلك تمت التوصية باستخدام المقابلات الشخصية مع المصادر المصاحبة أي أعضاء الأسرة الآخرين ، والمختصين الذين على دراية بالمريض ، وتقدير الأداء الوظيفي الاجتماعي للأفراد ، والعلاقة بالأقران بالإضافة إلى التقديرات المقننة التي يقوم بها المعلمين ، ومقدمي الرعاية ، وينبغي أن يتضمن التقييم التاريخ الوالدي ، وتاريخ الميلاد بما في ذلك سوء استخدام المادة من جانب الأم ، والعدوى المتعلقة بالأم ، والعلاجات الدوائية ، كما ينبغي أن يتضمن التاريخ المتعلق بالنمو المشكلات المتعلقة بالتعلق ، والمزاج أو الطبع ، والعدوان ، وسلوك العناد ، والانتباه والتحكم في الاندفاع ، وتقدير الإساءة الجسدية والجنسية كضحية ، وكذلك كمرتكب للجرم (الأكاديمية الأمريكية للطب النفسي للطفل والمراهق American Academy of Child & Adolescent Psychiatry ، ١٩٩٧) .

مكملات المقابلة الكلينيكية :

تساعد الاستبيانات المقننة أخصائي الرعاية الصحية الأساسية للأطفال في تقييم السلوك الفوضوي ، ومن المقاييس الشائعة لاضطراب السلوك الفوضوي قائمة أعراض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ADHD Symptom Checklist-4 (ADHD-SC4) ، واستمارة تشخيص اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد التي أعدت بواسطة الهيئة العاملة بمركز علاج الأشخاص ذوي الإعاقات Resource Center for Persons with Disabilities (RCPD) التابع لجامعة ميتشجان الأمريكية

وفقاً للمحكات المتضمنة في الدليل Michigan State University التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية لتشخيص الاضطراب ، وتعتبر مقاييس التقدير السلوكي أكثر شمولاً مثل قائمة آيبرج لسلوك الطفل Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) ، وقائمة سوتر- آيبرج لسلوك التلاميذ Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory (SESBI) ، ودليل كونرز Conners لتقدير سلوك الأطفال Behavior Rating index for Children (BRIC) ، وأخيراً فإن المقياس المعدل للعدوان الظاهر Modified Overt Aggression Scale هو مكمل آخر مفيد للمقابلة الكلينيكية في تقييم السلوك الفوضوي ، كما أن الفحص الجسمي الذي يوضح الحالة العصبية الشاذة أو غير الطبيعية ، ورسم الأعصاب أو تصوير الأعصاب لا يتم التوصية به ، وإذا كان هناك شك في وجود سوء استخدام المادة ينبغي إجراء تحليل بول للتأكد من استخدام المخدرات ، وفي حالة وجود إساءة جنسية يجب إجراء تحليل للتأكد من العدوى التي تنتقل إلى الفرد نتيجة النشاط الجنسي (رى وآخرون Rey et al. ، ٢٠٠٧) .

الفصل الثاني

الفصل الثاني

تشخيص اضطرابات السلوك الفوضوي

مقدمة :

تعتبر الأدوات المعتمدة على محكات أو معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية من الأدوات الهامة في تشخيص اضطرابات السلوك الفوضوي ، ويجب أن يشمل التشخيص الآباء والمعلمون والأقران ، ويستلزم التشخيص مستوى الأعراض المزمنة والعارضة والأعراض المحددة من خلال التشخيص المستمر ، وكذلك توقيت الأعراض المزمنة والأولية ، ونظراً لتعدد خصائص الأفراد ذوى السلوك الفوضوي تعددت الأدوات المستخدمة في تشخيص السلوك الفوضوي ، فتوجد المقاييس السوسيومترية التي تتضمن تقدير الأقران لسلوك الطفل ، وأيضاً تقديرات الآباء والمعلمين لتشخيص السلوك الفوضوي ، كما يستخدم أيضاً أسلوب المقابلة مع الطفل ووالديه أو معلميه وكذلك أسلوب الملاحظة المقننة في تشخيص السلوك الفوضوي ، وقد أورد الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية أن اضطرابات السلوك الفوضوي Disruptive Behavior Disorders تتضمن اضطراب المسلك Conduct Disorder واضطراب العناد والتحدي Oppositional Defiant Disorder ، واضطراب السلوك الفوضوي غير المعين أو غير المصنف على أي نحو آخر Disruptive Behavior Disorder Not Otherwise Specified (NOS)

تشخيص اضطراب المسلك :

توضح الجمعيــة الأمريكيــة للطــب النفــسي American Psychiatric Association (٢٠٠٠) أن المعايير الرسمية لتشخيص اضطراب المسلك هــي معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعــدل للاضــطرابات النفــسية (DSM-IV-TR) ووفقاً لهذا الدليل فإن محكات تشخيص لاضــطراب المــسلك تتمثل في :

أ- نمط متكرر مستمر (دائم) من السلوك الذي تنتهك فيه الحقــوق الأساســية للآخرين أو المعايير أو القواعد الاجتمــاعية الرئيسية المناســبة للعمــر الزمني ، ويتضح هذا النمط بوجود ثلاثة أو أكثر من المظاهر التالية خلال الأثنى عشر شهراً الماضية مع وجود معيار واحد على الأقل خــلال فتــرة الشهور الستة الماضية .

أولاً : العدوان على الناس والحيوانات :

١- كثيراً ما يتنمر (يستقوى) على الآخرين أو يهددهم أو يرهبهم .

٢- كثيراً ما يثير شجاراً بدنياً مع الغير .

٣- يستخدم أسلحة يمكن أن تسبب أذى جسمياً خطيراً للآخرين (مثل المطواة ، أو الزجاجات المكسورة ، أو السكين ، أو المسدس ، أو العــصا الغليظــة / النبوت Bat ..... إلخ) .

٤- يعتدي بدنياً بقسوة شديدة على الآخرين .

٥- يعتدي بدنياً بقسوة شديدة على الحيوانات .

٦- يسرق في مواجهة مــع الــضحايا (مثــل : النــتش ، وخطــف حافظــة النقود ، والابتــزاز ، والــسرقة بــالإكراه أو تحــت تهديــد الــسلاح أو

السطو المسلح) .

٧- إجبار شخص ما على ممارسة الجنس معه .

ثانياً : تدمير الممتلكات :

٨- قام عن عمد بإشعال حريق بقصد إحداث خسائر فادحة .

٩- دمر ممتلكات الآخرين بطريقة أخرى غير إشعال الحريق .

ثالثاً : الاحتيال أو السرقة :

١٠- قام باقتحام منزل أو سيارة شخص آخر .

١١- غالباً ما يكذب للحصول على مكاسب أو امتيازات أو لتجنب دفع الديون والالتزامات التي قطعها على نفسه .

١٢- قام بسرقة أشياء قيمة بدون مواجهة الضحية (مثل سرقة المعروضات من المتاجر بدون تحطيم الأبواب أو كسرها والتزوير ... إلخ) .

رابعاً : انتهاكات خطيرة للقواعد والمعايير :

١٣- يتأخر خارج البيت ليلاً رغم تحذيرات والديه ، ويظهر ذلك قبل عمر ١٣ سنة .

١٤- هرب من البيت ليلاً مرتين على الأقل على الرغم من أنه يعيش مع والديه أو هرب مرة واحدة دون العودة إلى البيت لفترة طويلة .

١٥- يهرب عادة من المدرسة وذلك قبل عمر ١٣ سنة .

ب- يسبب اضطراب المسلك خللاً كلينيكياً ملحوظاً في الأداء الاجتماعي والأكاديمي والمهني .

ج- إذا كان الفرد يبلغ الثامنة عشر من العمر أو يتجاوز هذا العمر ففي هذه

الحالة لا تنطبق عليه المعايير التشخيصية لاضطراب الشخصية المضادة للمجتمع .

تحديد نوع الاضطراب حسب سن بداية حدوث الاضطراب :

يصنف اضطراب المسلك حسب سن بداية الاضطراب إلى :

- **النوع الذي يبدأ حدوثه في مرحلة الطفولة :**

يظهر معيار واحد على الأقل من معايير الاضطراب قبل سن العاشرة .

- **النوع الذي يبدأ حدوثه في مرحلة المراهقة :**

لا يوجد أي معيار من معايير الاضطراب قبل سن العاشرة .

تحديد شدة الاضطراب :

يصنف اضطراب المسلك حسب شدته إلى :

- **اضطراب خفيف (معتدل) :**

لا يوجد سوى مشكلات سلوكية قليلة (إن وجدت) ، وهذه المشكلات تسبب أذى بسيطاً للآخرين مثل الكذب ، والهروب من المدرسة ، والسهر خارج البيت ليلاً دون إذن الوالدين .

- اضطراب متوسط :

عدد المشكلات السلوكية وتأثيرها على الآخرين يقعان موقعاً وسطاً بين المستوى الخفيف والمستوى الشديد مثل السرقة بدون مواجهة الضحية ، وتخريب الممتلكات .

- اضطراب شديد (حاد) :

توجد مشكلات سلوكية كثيرة تزيد عما هو مطلوب لتشخيص الاضطراب ،

وهذه المشكلات تسبب إيذاءً شديداً للآخرين مثل ممارسة الجنس بالإكراه ، والإصابات الجسمية الخطيرة للضحايا ، والانتهاكات الشديدة للقوانين ، والسرقة بمواجهة الضحية ، والغياب الطويل عن البيت ، واقتحام المنازل أو السيارات .

وطبقاً لما هو وارد في محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية يتم تشخيص اضطراب المسلك من النوع الذي يحدث في مرحلة الطفولة في الحالات الآتية :

- إذا ظهر على الطفل ثلاثة أعراض على الأقل .
- إذا ظهرت تلك الأعراض خلال الأثني عشر شهراً السابقة .
- إذا ظهر أحد هذه الأعراض (عرض واحد على الأقل) خلال الستة شهور الأخيرة .
- أن تظهر هذه الأعراض جميعها قبل سن العاشرة .

أما النوع الذي يحدث في مرحلة المراهقة يتم تحديده من خلال غياب أو عدم وجود أى معيار يتعلق باضطراب المسلك قبل بلوغ سن العاشرة .

واضطراب المسلك ليس له حد زمني أو عمري أدنى ، ففي الطفل الذي يقل عمره عن ١٠ سنوات فإن الوجود المتكرر لسلوك واحد فقط من السلوكيات الموجودة في محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية يكون كافياً للتشخيص ، وبالتالي فحتى الطفل الذي في سن ما قبل المدرسة الذي أظهر عدواناً خطيراً متكرراً بقصد إلحاق الضرر تنطبق عليه المعايير بالنسبة لاضطراب المسلك .

التشخيص الفارق :

يشترك عديد من الاضطرابات النفسية في إظهار علامات أو ملامح تتشابه مع العلامات المميزة لاضطراب المسلك ، فالطفل أو المراهق الذي يكون ثائراً أو هائجاً ربما يشترك أو يتورط في سلوك خطير ومضطرب ، وفي هذه الحالة تكون هناك سلوكيات أخرى ليست من سمات اضطراب المسلك مثل الكلام المضغوط ، وهروب الأفكار ، وتناقص عدد ساعات النوم ، وتلك سلوكيات تميز اضطراب المسلك (أوجست وآخرون .August et al ، ٢٠٠١) .

ويظهر اضطراب المسلك في أغلب الأحيان عند المراهق المكتئب الذي يكون متحدياً لوالديه ، أو متحدياً الأشخاص الآخرين الذين يمثلون السلطة ، وقد يشمل سلوكه الهروب من المدرسة ، والفشل وشرب الخمور والمخدرات ، والنشاط الجنسي ، وظهور السلوكيات المنحرفة ، كما يظهر المراهق المكتئب تغيراً في الحالة المزاجية تظهر قبل السلوك المضطرب ، وعندما تتحسن الحالة المزاجية للمراهق يتضاءل السلوك المنحرف ، والمراهقون الذين لديهم اضطراب المسلك يعانون من الاكتئاب ولكن مشكلاتهم السلوكية تسبق التغير في الحالة المزاجية ، كما أن أعمالهم لا تتغير بدرجة كبيرة مع اضطراب الحالة المزاجية (أولفيرا وآخرون .Olvera et al ، ٢٠٠٥) .

ويتأثر الأداء بدرجة أكبر بالحالة المرضية المشتركة التي تتمثل في وجود الاكتئاب مع اضطراب المسلك وذلك قبل البلوغ بالنسبة للذكور ، وبعد البلوغ بالنسبة للفتيات ، ومع وجود الحالة المرضية المشتركة المتمثلة في الاكتئاب يكون اضطراب المسلك سابقاً للاكتئاب عادة ، ووجود الاكتئاب كحالة مرضية

مشتركة مع اضطراب المسلك يزيد من السلوك الانتحاري (هينتكـا وآخـرون Hintikka et al. ، ٢٠٠٣) .

وقد يظهر الطفل سلوكاً يتسم باضطراب المسلك كاستجابة أو كـرد فعـل لمواقف ضاغطة كبداية الدراسة والصراع بين الوالـدين ، وتـرتبط الإسـاءة الجسمية ، والإساءة النفسية عادة ببداية حدوث هـذا الـسلوك مـع المواقـف الضاغطة ، وتختفي أو تتضاءل مع تحسن الموقف ، وقـد يظهـر المراهقـون السلوك المتسم باضطراب المسلك رداً على موقف ضاغط تم منذ فترة قصيرة أو نتيجة ارتباط حديث مع مجموعة من الرفاق المضطربين سـلوكياً ، وإذا كـان مستوى الأداء الوظيفي للمراهق جيداً قبل حدوث هذا الـسلوك فحينئـذ تكـون الأعراض المرضية للسلوك أعراضاً ثانوية بدرجة كبيرة لاضطراب آخر مثـل اضطراب التوافـق ، واضـطراب الـضغوط التاليـة للـصدمة أو الاكتئـاب (مارمورستين وأياكونو Marmorstein & Iacono ، ٢٠٠١) .

ويمكن أن يرتبط السلوك الفوضوي Disruptive Behavior باضـطراب القلق ، ولكن ينبغي أن يختفي هذا الـسلوك مـع عـلاج اضـطراب القلـق ، واضطراب المسلك قد يكون عرضاً لاضطراب نفـسي خطيـر مثـل الـذهان Psychosis ، كما قد ينشأ اضطراب المسلك نتيجة اضـطراب عـضوي فـي الشخصية وذلك لدى الأطفال الذين لديهم إصابة خلقية ناتجة عـن الـولادة ، أو إصابة مكتسبة في الجهاز العصبي المركزي نتيجة لإصابة في منطقة الرأس أو حدوث مرض بالدماغ (بيدرمان وآخرون Biederman et al. ، ٢٠٠٤) .

وأظهرت نتائج عديد من الدراسات أن الأطفال الذين لـديهم اضـطراب

المسلك يكون مستوى ذكائهم أقل من المتوسط كما يتم قياسه بواسطة مقاييس الذكاء اللفظية ، ويكون تحصيلهم الدراسي سيئاً ولاسيما في القراءة وغيرها من المهارات اللفظية ، وقد يوضح التقدير أن اضطراب المسلك حالة مرضية مشتركة مع اضطرابات التعلم والتواصل ، ومن ثم يتضح أنه على الرغم من أن هناك عدد من الاضطرابات تظهر أعراضاً مرضية مشابهة لاضطراب المسلك ، ويمكن أن تكون هذه الأعراض حالة مرضية مشتركة مع اضطراب المسلك فعادة يساعد النمط المستمر لانتهاك المعايير الاجتماعية والسلوك المعادى للمجتمع وتاريخ المشكلات السلوكية أو الانتهاكات القانونية في تمييز اضطراب المسلك عن الاضطرابات النفسية الأخرى .

تشخيص اضطراب العناد والتحدي :

-توضح الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association (٢٠٠٠) أن المعايير التشخيصية الرسمية لتشخيص اضطراب العناد والتحدي هي معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (DSM-IV-TR) ووفقاً لهذا الدليل فإن محكات تشخيص اضطراب العناد والتحدي تتمثل في :

أولاً : نمط يتضمن سلوك سلبي معارض وعدواني ويتسم بالتحدي والعناد يدوم أو يستمر لمدة ٦ شهور على الأقل ، ويتضمن الحدوث المتكرر لأربعة على الأقل من السلوكيات التالية أثناء تلك الفترة (لاحظ أن كلمة متكرر تعني أكثر تكراراً من السلوك العادي أو الذي يحدث عند عامة الأفراد أو الناس من نفس العمر ومستوى النمو الذي يمكن المقارنة بهم) وهذه السلوكيات هي :

١- ينتاب الفرد نوبات غضب وهياج .

٢- يتجادل مع الكبار .

٣- يتحدى بقوة أو يرفض الامتثال لقواعد أو أوامر الكبار .

٤- يضايق الآخرين عن عمد .

٥- يلوم الآخرين على أخطائه أو سوء سلوكه .

٦- يتضايق بسهولة من الآخرين أى أنه سريع الغضب .

٧- يكون غاضباً ومستاءً .

٨- يكون حاقداً ومحباً للانتقام .

ثانياً : أن تسبب هذه السلوكيات ضعفاً ذو دلالة من الناحية الكلينيكية ، وذلك في الأداء الوظيفي الاجتماعي والأكاديمي أو الأداء المتعلق بالعمل .

ثالثاً : لا تحدث هذه السلوكيات على وجه الحصر أثناء المسار المرضى لاضطراب ذهاني أو اضطراب الحالة المزاجية .

رابعاً : لا تتوافر المواصفات الخاصة باضطراب المسلك Conduct Disorder ، وإذا كان الفرد في الثامنة عشرة من العمر أو أكثر لا تتوافر المواصفات الخاصة باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع .

والحدود الفاصلة بين ما هو عادى أو طبيعي مسألة عليها نقاش أو جدال ، فعلى سبيل المثال لا يوجد تحديد واضح للتصرفات التي ستنطبق عليها معيار تشخيصي معين ؛ ولهذا السبب يؤكد الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية أيضاً أن هذه السلوكيات لا تحدث بين الحين والآخر فقط ، بل أنها تحدث أيضاً بطريقة متكررة أكثر من أى شيء آخر نمطي أو عادى

بالنسبة للأطفال الذين في عمر زمني مماثل وفي مستوى نمو مماثـل أيـضاً ، ولأن درجة وتكرار كل سلوك من هذه السلوكيات التي يمكن اعتبارها عادية أو طبيعية لم يتم تحديدها ، فإننا نشعر بأن هناك قدر كبير يعتمد على الشخص الذي يقوم بعمل التشخيص بخصوص ما يعتقده سلوكاً طبيعياً بالنسبة للأطفـال فـي أعمار معينة ، ويمكن أن يمثل ذلك مشكلة عندما يعتمد الكلينيكي على التقـارير التي يقدمها الوالدين أو المعلمين ، بدلاً من ربط هذه المعلومات بمصادر أخرى للبيانات وعلى وجه الخصوص الملاحظات السلوكية .

ومن المهم عند تقييم سلوك الأطفال الصغار أن نـضع فـي اعتبارنـا التغيرات الطبيعية في السلوك الذي تحدث عبر مراحل النمو ، ففي مراحل النمو الأولى يتصرف الأطفال بطريقة طبيعية وبأسلوب ينم عن العناد بدرجة كبيرة في أوقات كثيرة ، ويتطور الأمر إلى أن يعتقد أهلهم أحياناً أن كلمة "لا" هي الكلمـة المفضلة لديهم ، وعلى الرغم من أنه قد يكون من الصعب أحياناً العيش مع هذا النوع من الأطفال ، فإن ذلك هو علامة على النمو الطبيعي ، وإذا لم يكن الأهل مدركين لهذه الأنماط المتعلقة بالنمو ، فربما يخاطرون بوصف أطفالهم بطريقـة خاطئة ، وبالتالي يخلقون مشكلة بدلاً من حلها .

وعندما يحدث اضطراب العناد والتحدي في السنوات اللاحقة لفترة ما قبل المدرسة من عمر ٤ سنوات إلى ٦ سنوات ، ربما يكون ذلك إشارة أو توضـيح لوجود مخاطرة كبيرة من جراء حدوث مشكلات لاحقة وخاصة إذا حدث ذلـك مع اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، ومع ذلك ففـي متابعـة لمدة أربع سنوات لمجموعة من الأطفال الذين تم تشخيصهم في البداية بما يفيـد

وجود اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، واضطراب العناد والتحدي كان نصفهم فقط هو الذي تم تصنيفه على أن لديه اضطراب العناد والتحدي ، وكان هناك فرد واحد فقط من المجموعة تطور لديه الأمر وأصبح لديه اضطراب المسلك ، وبالتالي فعلى الرغم من أن اضطراب المسلك قد يسبقه اضطراب العناد والتحدي فهناك نسبة ضئيلة جداً من الأطفال الذين تم تشخيصهم بما يفيد وجود اضطراب العناد والتحدي والذين تطور بهم الأمر ليصبح لديهم اضطراب المسلك (كلارك Clarke ، ٢٠٠٩) ، ويظهر الأطفال الذين لديهم اضطراب العناد والتحدي سلوكاً يتسم بالمجادلة والعصيان ولكنهم على عكس الأطفال ذوى اضطراب المسلك يمكن أن يكونوا عدوانيين ويميلون إلى تحطيم ممتلكات الآخرين ، وعلى عكس الأطفال الذين يعانون من اضطراب المسلك فإن الأطفال الذين يعانون من اضطراب العناد والتحدي ليسوا عدوانيين نحو الآخرين أو الحيوانات ، ولا يدمرون الممتلكات ، ولا يظهرون نمطاً يعبر عن السرقة والخداع .

وتبدأ أعراض اضطراب العناد والتحدي عادة في سن مبكرة أثناء أو عندما يبدأ الطفل في المشي وفي سنوات ما قبل المدرسة ، ومع ذلك هناك بعض الأطفال الذين يظهر لديهم أعراض الاضطراب ولكنهم يتخلصون من هذه الأعراض أو السلوكيات قبل مرحلة الطفولة المتأخرة أو مرحلة المراهقة المبكرة إلا أن هناك مجموعة فرعية من الأطفال الذين لديهم اضطراب العناد والتحدي ولاسيما الأطفال الذين يميلون إلى العدوان يستمرون في الاضطراب ليصبح لديهم اضطراب المسلك ، وفي الحقيقة يبدو جميع الأطفال الذين تطورت معهم الحالة ليصبح اضطراب المسلك أثناء وجودهم في المدرسة الابتدائية كان لديهم

اضطراب العناد والتحدي في السنوات المبكرة من حياتهم (بيوبر Bubier ، ٢٠١٠) .

اضطراب العناد والتحدي واضطراب السلوك الفوضوي غير المعين (غير المصنف) على أي نحو آخر :

يختص اضطراب السلوك الفوضوي غير المعين أو غير المصنف على أي نحو آخر Disruptive Behavior Disorder Not Otherwise Specified (DBDNOS) بالاضطرابات التي تتسم بسلوك أو تصرفات عنادية متحدية لا تستوفي المعايير الخاصة باضطراب المسلك أو اضطراب العناد والتحدي ، ويؤكد ذلك ولمزهورست Wilmshurst (٢٠٠٩) حيث يرى أن تشخيص اضطراب السلوك الفوضوي غير المعين أو غير المصنف على أي نحو آخر يركز على السلوكيات التي تدل على العناد والتحدي التي لا تنطبق عليها المحكات بالنسبة لاضطراب العناد والتحدي أو اضطراب المسلك ، ولكنها تسبب بالفعل ضعفاً كلينيكياً دالاً ، ومعظم البحوث المنشورة تتناول تشخيصات اضطراب العناد والتحدي أو اضطراب المسلك وليس بالأحرى اضطراب السلوك الفوضوي غير المعين على أي نحو آخر ، وعلى الرغم من ذلك فإن الكثير من المعلومات التي يمكن تطبيقها على اضطراب العناد والتحدي أو اضطراب المسلك يمكن أن تكون مفيدة في رعاية الأطفال الذين يتم تشخيصهم بأن لديهم اضطراب السلوك الفوضوي غير المعين أو غير المصنف على أي نحو آخر .

التشخيص الفارق لاضطرابات السلوك الفوضوي :

يوضح الجدول التالي الأعراض المرضية الرئيسية وسير المرض وعوامل

الخطورة وعوامل الحماية المتضمنة لكل من اضطراب المسلك ، واضطراب العناد والتحدي .

جدول (١)

الأعراض المرضية الرئيسية وسير المرض وعوامل الخطورة وعوامل الحماية لاضطرابات السلوك الفوضوي

المسار الممكن	اضطراب العناد والتحدي ODD	اضطراب المسلك CD
الأعراض المرضية الرئيسية	غضبان ويتجادل ويتضايق بسهولة وغير مطيع وحقود وينفعل بسهولة ويلوم الآخرين على سلوكه ويضايق الآخرين عن عمد .	ينتهك حقوق الآخرين ويخالف القواعد ويتلف الممتلكات ومخادع وكذاب ويتسم سلوكه بالاحتيال والسرقة .
سير المرض		محمي بالحدوث قبل سن العاشرة أو في حالة وجود أعراض مرضية أكثر خطورة .
عوامل الخطورة	يكون الطفل مدققاً ومهتماً بالصغائر وتفاعلياً أو لديه نشاط زائد عن الحد.	منبوذ من الوالدين ومنبوذ من الرفاق وأسلوب والديه في التنشئة قاسي أو فظ .
عوامل الحماية	الاكتشاف المبكر - العلاج الفعال - غياب اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد - عدم وجود تاريخ أسرى بشأن اضطراب السلوك الفوضوي .	أعراض مرضية متوسطة وتقييم مبكر وفعال وعلاج في الوقت المناسب مع عدم حدوث متزامن لاستخدام المادة وعدم وجود تاريخ أسرى يفيد بذلك .

ويحدث لدى الكثير من الأطفال سلبية وعدوانية أو عداوة متزايدة في سياق اضطراب الحالة المزاجية أو الذهانية ، وتشخيص اضطراب العناد والتحدي لم

يتم السماح به عندما تحدث الأعراض المرضية بطريقة حصرية خــلال مــسار أحد هذه الاضطرابات ، والكثير من الأطفال والمراهقين الذين تنطبــق علــيهم المعايير بالنسبة لتشخيص اضطراب المسلك أو اضطراب العناد والتحدي لديهم اضطرابات طبية نفسية متزامنة يمكن أن تؤدى إلى سلوك فوضــــوي وتــؤثر على استجاباتهم للعلاج (إليكنز وآخرون .Elkins et al ، ٢٠٠٧) .

أسباب اضطراب السلوك الفوضوي :

توجد أسباب متعددة لحدوث اضطراب السلوك الفوضوي فهو لا يظهر من تلقاء نفسه ، ولا يكون ظهوره عشوائياً في أي عينة غير مختارة من الأفراد في أي مجتمع بل لابد أن يكون هناك عوامل مــساعدة علــى ظهــور أو حــدوث الاضطراب ، وفهمنا لهذه العوامل يُعد أمراً ضرورياً من أجل تطوير التدخلات العلاجية الفعالة والملائمة ، ولقد ألقت نتائج البحوث الضوء على عدد من عوامل المخاطرة Risk Factors التي يعتقد أنها هامة فيما يتعلق بنمو أو نشوء السلوك المضطرب ، ويمكن تعريف العوامل السببية بصفة عامة على أنها العوامل التي لها علاقة بالطفل بخصوص الاستعداد المسبق البيولوجي ، وغيرها من العوامل التي لها علاقة بالبيئة ، وهنا تستخدم البيئة بمعناها الواسع الذي يشمل تفاصــيل البيئة القريبة التي تقدم الرعاية للطفل (علاقة الطفل بوالديه أو أولياء أموره أو مقدمو الرعاية له) ، وكذلك تفاصيل البيئة البعيدة التي تشمل باقي أفراد الأسرة والعائلة والمجتمع .

ويرتبط حدوث اضطراب السلوك الفوضوي بعدد مــن العوامــل منهــا العوامل الوراثية ، والعوامل البيولوجية ، وسوء استخدام المادة ، والفقر ، كمــا

يرتبط حدوث الاضطراب بالعلاقة بين الوالدين والطفل ، والخلل الأسرى ، ويظهر الاضطراب غالباً في جو يسوده الصراع الأسرى والعدوانية ، والأطفال الذين ينبذهم والديهم ويهملونهم ويتركونهم ، أو يفشلون في تربيتهم تربية جيدة ، ولا يشرفون عليهم أو يوجهونهم من المحتمل بدرجة كبيرة أن يمارسون البلطجة على الآخرين ويسرقون أو يهربون من المنزل ، وبالمثل عندما يكون لدى الوالدين حالة مزاجية مرتبطة بسوء استخدام المادة ، والاضطرابات الفصامية Schizophrenic Disorders من المحتمل بدرجة أكبر أن يعاني أطفالهم من أعراض الاضطراب (الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association ، ٢٠٠٠) .

وللاضطراب درجات متباينة من الحدة أو الشدة فالإساءة من جانب الوالدين ، وبداية حدوث السلوك المسبب للمشكلات في مرحلة الطفولة المبكرة والمصاعب المالية ، ونقص الإشراف كل ذلك يرتبط بالاضطراب الحاد ، وبالإضافة إلى ذلك فسير المرض الردئ يرتبط بزيادة في عدد وحدة المعايير النوعية للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية ، كما تزداد المخاطرة مع وجود اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد كحالة مرضية مشتركة ، وسوء استخدام المادة (سيارجت وآخرون Searight et al. ، ٢٠٠١) .

والبيانات التي توضح الانتشار العالي لاضطراب الشخصية المعادية للمجتمع لدى الآباء الذين لديهم اضطراب المسلك توحي بالانتقال الأسرى Familial Transmission ، فالوالدين بالتبني للأطفال الذين لديهم اضطراب

المسلك لم يوجد لديهم مشكلات تتعلق بعدم احترام المعايير المجتمعية أو مشكلات تتعلق بإدمان الخمر أو الخروج عن القانون (ليابو وريتشاردسون Liabo & Richardson ، ٢٠٠٧) .

ونظراً لأن الوراثة لها دور هام في هذا الصدد نجد أن هناك معدلات عالية للاتفاق أو التطابق بالنسبة للسلوك المعادى للمجتمع في التوائم المتماثلة بدرجة أكبر مما في حالة التوائم غير المتماثلة .

وهناك مكون هام في النمو الطبيعي للطفل وهو نمو الجانب الخلقي في الشخصية الإنسانية وهو الجانب الذي يتعلق بنمو الوعي الأخلاقي واكتساب الإحساس أو القدرة بل الرغبة في الالتزام بالقواعد والأعراف والمعايير المجتمعية ، فمعظم الناس يمتنعون عن إيذاء الآخرين ليس فقط لأن ذلك غير قانوني ، ولكن لأنه سيجعلهم يشعرون بأنهم مذنبون إذا ألحقوا الأذى أو الضرر بالآخرين ، والدراسات التي اهتمت بفحص خلفيات الصغار ذوى السلوك الفوضوي أو المشين أوضحت نمطاً لقصور الحياة الأسرية فيما يتعلق بالعوامل التي يعتقد أنها أساسية لنمو الجانب الخلقي في الشخصية .

والأطفال ذوى السلوك الفوضوي مثل الأشخاص المضطربين (ذوى الشخصية غير الاجتماعية والتي تتضح من خلال العنف والانحراف والسلوك الإجرامي) يبدو أن لديهم خلل أو نقص في نمو الوعي الأخلاقي فهم ينظرون إلى الأعمال المعادية للمجتمع على أنها أعمال مثيرة ومسلية .

ويرى أصحاب النظريات السيكودينامية Psychodynamic Theories أن اضطراب المسلك هو اضطراب / خلل في الأداء الوظيفي للأنا الأعلى ، أما

أصحاب النظريات السيكولوجية الأخرى كنظرية التعلم الاجتماعي يرون أن الأطفال بمكنهم أن يتعلموا العدوان من الوالدين الذين يتصرفون أو يسلكون بطريقة عدوانية ، فالأطفال يقلدون الأعمال العدوانية التي يتم رؤيتها في أي مكان ، على سبيل المثال الأعمال العدوانية التي يشاهدونها في التليفزيون ، ونظراً لأن السلوك العدواني يكون مؤثراً على الرغم من أنه سلوك غير سار ووسيلة غير مرغوبة لتحقيق الهدف ، فمن المحتمل أن يتم تعزيزه أو تشجيعه وبالتالي يتم الاستمرار فيه .

ولكي نفهم الأسباب التي تؤدى إلى حدوث اضطراب المسلك ، دعنا ننظر إلى أخين أو شقيقين – أحدهما مؤلف حائز على جائزة في التأليف الروائي ، بينما أخوه الأكبر محبوس في السجن لارتكابه جريمة قتل ، فكيف لنا أن نفسر أو نعلل هذه الفروق الشاسعة والمذهلة في نفس الوقت بين الأخين أو الشقيقين اللذان نما وترعرعا في نفس العائلة ؟ هل ذلك يرجع إلى اختلافات أو فروق في التركيبة الوراثية أو الجينية ، والأداء الوظيفي البيولوجي العصبي ، ومضاعفات الولادة ، والمزاج أو الطبع ، والذكاء ، والخبرات الأسرية ، وتأثيرات الأقران ، أو تركيبه ما من هذه العوامل ؟ ، والطرق السابقة التي استعرضت أسباب الاضطراب ركزت بشكل أساسي على عدوان الطفل أو الدافع العدواني ، والإحباط ، ونماذج الأدوار الرديئة والتعزيز وأوجه العجز في الأداء الاجتماعي ومع ذلك فمعظم هذه التفسيرات تعد غير دقيقة إلى حد كبير ويمكن تحديها فمثلاً ليس جميع الأطفال يتصرفون بطريقة عدوانية كما تتنبأ بذلك نظرية الدافع العدواني ، كما أن الإحباط أحياناً يؤدى إلى التعاون وليس بالأحرى إلى العدوان وبالإضافة إلى ذلك ، فإن ترمبلاى Tremblay (٢٠٠٠) يرى أن نظريات

السبب الواحد لا تتبئ بطريقة فعالة بالسبب وراء أن مقدار ونوع السلوك العدواني يتغير تبعاً لعمر وموقف الطفل ،.وعلى الرغم من أن كل نظرية متعلقة بسبب واحد تلقي الضوء على محدد هام ، فلا يمكن لأي نظرية متعلقة بسبب واحد أو فردية أن تشرح كل أسباب السلوك المعادى للمجتمع .

وفيما يلي تناول العديد من الأسباب التي تؤدى إلى حدوث اضطراب السلوك الفوضوي ، وسيتم تناول هذه العوامل أو الأسباب منفصلة بغرض التبسيط ، ومما يجب التأكد عليه أن مشكلات المسلك عند الأطفال يمكن تفسيرها بأكبر درجة ممكنة عن طريق الأسباب المتعددة أو عن طريق عوامل المخاطرة وعوامل الحماية ، وينتج الاضطراب من التفاعل أو التأثير المتبادل بين الطفل الذي لديه استعداد مسبق وبين الأسرة والمجتمع والعوامل الثقافية ، ويقدم موفيت وكاسبى Moffitt & Caspi (٢٠٠١) ملخصاً للتأثيرات السببية التي تؤدى إلى حدوث الاضطراب منها ما يلي :

١- الطفل :

تشمل التأثيرات السببية المتعلقة بالطفل المخاطرة الجينية أو الوراثية ، ومضاعفات قبل الولادة ، ومضاعفات الولادة ، والتعرض للرصاص ، والإثارة المنخفضة ، والفاعلية المنخفضة ، وأوجه العجز الوظيفي ، والمزاج أو الطبع الحاد أو الصعب ، ونقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، والاتصالات غير الآمنة ، وبداية حدوث العدوان في مرحلة الطفولة ، والإحجام أو التجنب الاجتماعي ، والانسحاب ، وأوجه العجز المعرفي والاجتماعي ، وتدنى الذكاء اللفظي ، وأوجه العجز اللفظي .

٢- الأسرة :

تشمل التأثيرات السببية المتعلقة بالأسرة القيم الأسرية المعادية للمجتمع والسلوك المعادى للمجتمع أو الإجرامي من قبل الوالدين ، واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع عند الوالدين ، واكتئاب الأمهات ، وسوء استخدام المادة من جانب الوالدين ، والخلافات بين الزوجين ، ورعاية الطفل من أحد الوالدين فقط ، والأسرة الكبيرة العدد ، والمستوى الاجتماعي الاقتصادي المتدني ، وتدنى مستوى تعليم الوالدين أو أحدهما ، والإهمال الأسرى والسماح للأولاد بتداول الأسلحة .

وينتشر اضطراب السلوك الفوضوي بدرجة كبيرة في الأسر التي تعانى من الضغوط من جراء النزاع أو الخلافات والفقر والتي يكون فيها أحد الوالدين أو كلاهما لديه اضطراب طبي نفسي مثل اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع أو إدمان الخمر ، ولقد تم إجراء العديد من الدراسات لتحديد العوامل النوعية التي تضع الأطفال الذين يتربون في مثل هذه الأسر في مخاطرة خاصة ، وأوضحت نتائج هذه الدراسات أن هذه العوامل تشمل الاستعداد الوراثي أو الجيني ، ونقص المهارات الاجتماعية والأكاديمية ، وعوامل البيئة الأسرية ، والمهارات الوالدية الرديئة .

٣- العوامل المرتبطة بالوالدين :

أوضحت نتائج عديد من الدراسات التي أجريت في هذا الصدد مساهمة البيئة الأسرية في حدوث واستمرار الاضطراب وذلك عبر الأجيال ، فأسر الأطفال الذين لديهم الاضطراب من المحتمل أن يكونوا قد جربوا الأحداث

الحياتية السلبية ، والمصاعب المالية ، والبطالة ، وغير ذلـك مـن المـشكلات والضغوط ، ومن المحتمل أيضاً أن تكون مصادر المساندة الاجتماعية لديهم قليلة أو ربما يكونوا متورطين في نزاعات مستمرة مع الآخرين الذين يعيشون معهم في نفس البيئة (جافي وآخرون .Jaffee et al ، ٢٠٠٣) .

وبالإضافة إلى ذلك فإن أهل الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك مـن المحتمل أن يظهروا أوجه عجز كبيرة في المهارات الوالدية ، وبالتالي فالأطفال والمراهقين الذين لديهم مشكلات سلوكية أو سلوكيات منحرفة يبـدو أن لـديهم تجارب أسرية مختلفة عن الأطفال الذين لا يوجد لديهم هذه المشكلات ، ونتيجة لذلك فإن الأطفال الذين يعيشون في هذه الأسر يتعلمـون كيـف يـسـتخدمون السلوكيات القسرية Coercive Behaviors في التفاعلات الأسرية وكيف ينقلون هذه الأساليب لمن يتصلون بهم من الأفراد الآخرين خـارج دائـرة الأسـرة ، وبالنسبة للوالدين الذين يرغبون في الاشـتراك في برامج تدريب الوالدين القائمة على النواحي السلوكية فإن ذلك يمكن أن يكون فعالاً ومؤثراً فـي مـسـاعدتهم على تقليل اضطراب المسلك والسلوكيات المرتبطة به ولاسيما إذا كان أطفـالهم مازالوا صغاراً أو في مرحلة ما قبل المراهقة ، وتشمل التأثيرات السببية المتعلقة بالأسلوب الوالدي غير الفعال الإشراف والرقابة الوالدية الرديئة ، والتأديب غير المتسق وسوء المعاملة ، والتفاعلات المتضاربة بين الوالدين والطفل ، والاتصال الرديئ ، وتدنى أسلوب أو مهارة حل المشكلات ، والإهمال من جانب الوالدين ، والدفء المتدني من الآباء .

٤- الأقران :

تشمل التأثيرات السببية المتعلقة بالأقران النبـذ مـن جانـب الأقـران ،

والارتباط أو مصاحبة الأقران المنحرفين .

٥- المدرسة :

تشمل التأثيرات السببية المتعلقة بالمدرسة الأداء الأكاديمي أو الدراسي السيء أو الردئ ، والارتباط الضعيف بالمدرسة ، والتطلعات المدرسية أو التعليمية المتدنية ، ونقص الدافعية للتعلم ، والنظام ، وعدم وجود وسائل جذب ، وافتقار المدرسة إلى الأداء الوظيفي الفعال .

٦- الجيران والمجتمع :

تشمل التأثيرات السببية المتعلقة بالجيران مساوئ الجيران ، والفقر ، وانتشار الفوضى وعدم الانضباط ، والانخراط في عضوية العصابات ، وانتشار الأسلحة ، وانتشار المخدرات والاتجاهات الثقافية السائدة والتي تشجع استخدام العدوان ، وأساليب التنشئة الاجتماعية الخاطئة التي تشجع على العدوان والبلطجة .

٧- التنافر أو الخلاف بين الزوجين :

أوضحت نتائج العديد من الدراسات وجود ارتباط بين الخلافات الزوجية وبين السلوك المعادى للمجتمع عند الأبناء ، ويتفق معظم الباحثين على أن النزاع أو الصدام بين الزوجين ، وليس الطلاق نفسه هو الذي يرتبط بالسلوك الفوضوي عند الأطفال ، وهناك العديد من النظريات التي تتناول كيف أن النزاع بين الزوجين يؤثر بطريقة عكسية على الأطفال وهذا النزاع بين الوالدين يقدم أسلوب لاستخدام العدوان كطريقة لمعالجة المشكلات ، وهنا يتم تقليد سلوك الوالدين بواسطة الأطفال ولاسيما البنين الذين يتم رؤيتهم غالباً على أنهم مضطربين

سلوكياً ، كما أن الوالدين الذين لديهما مشكلات زوجية يكونان غير متفقين في أساليب تنشئة وتنظيم سلوكيات أبنائهم مما يؤدى إلى سلوك غير محكم لدى الأطفال ، وهناك احتمال ثالث هو أن الأطفال يحدثون المشكلات كطريقة لتشتيت أو تحويل انتباه الوالدين عن النزاع القائم بينهما ، والاحتمال الأخير هو وجود طفل ذو اضطراب في المسلك يمكن أن يخلق أو يسبب نزاعاً بين الزوجين .

والبديل لهذه الاقتراحات أوضحته نتائج العديد من الدراسات التي ترى أن هناك متغير ثالث وهو اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع عند الوالد أو الوالدة ، وهذا المتغير الثالث ربما يفسر أو يشرح النزاع بين الزوجين واضطراب المسلك عند الطفل ، وتقترح بياناتهم أن شخصية الوالدين المعادية للمجتمع ترتبط بدرجة رديئة بأقرانهم أو شركاء حياتهم وينقلان سلوكهما غير الملائم إلى أبنائهم ، وربما يحدث ذلك من خلال ميكانيزمات وراثية وليس مباشرة من خلال تأثيرات أو نتائج الخلافات الزوجية .

ووجهات النظر السابقة قد ثبت أنها مفيدة في ضوء الميكانيزم الذي يربط الخلاف بين الزوجين بمشكلات الأطفال وجميعها تؤكد على أنه ينبغي على الوالدين أن يقللا بدرجة كبيرة جداً من اشتراك أطفالهم في الخلافات الزوجية .

ومما يجب الإشارة إليه أن الفقر والازدحام الزائد بالمنزل والعيش على المعونات الاجتماعية والظروف المنزلية السيئة التي تنم عن سوء المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة وارتفاع نسبة البطالة ، والمؤسسات التعليمية السيئة أو الرديئة ، والحياة الأسرية المضطربة ، والثقافة الفرعية التي ترى أن الانحراف شيئاً مقبولاً كل ذلك من العوامل المسهمة في حدوث اضطراب

السلوك الفوضوي .

٨- التأثيرات الوراثية :

توضح التأثيرات الوراثية عالمية السلوك العدواني والسلوك المعادى للمجتمع عند البشر انطلاقا من الحقيقة التي تفيد بأن مثل هذه السلوكيات تحدث في عائلات داخل وعبر الأجيال المختلفة أهمية العوامل الوراثية ، وعلى الرغم من أن مشكلات المسلك ليست موروثة فإن الكثير من السمات القائمة على النواحي البيولوجية مثل المزاج أو الطبع الصعب ، والاندفاعية ، والنشاط الزائد ، والميل إلى الإدمان قد تجعل الأطفال عند ميلادهم يميلون إلى السلوك المعادى للمجتمع ، أو يكون لديهم ميل مسبق للاندفاعية والحالة المزاجية المتقلبة ، وضعف المثابرة في حل المشكلات ، والقلق وعدم الارتياح ، والسلبية والحساسية للضغوط (إيلى وآخرون .Eley et al ، ٢٠٠٣) .

وينبئ الطبع الحاد خلال العامين الأولين من الحياة بحدوث قلق واندفاعية وسلوكيات غير مستقرة من الناحية الانفعالية ، وأوضحت نتائج عديد من الدراسات أن الطبع الحاد في مرحلة الطفولة يرتبط على نحو خاص بالإدانة بجرائم العنف في المراهقة المتأخرة وفي مرحلة الرشد ؛ بينما أوضحت نتائج الدراسات الخاصة بالتبني والتوائم أن ٥٠% من تباين العينة السكانية في السلوك المعادى للمجتمع ترجع إلى العوامل الوراثية (تايلور وآخرون .Taylor et al ، ٢٠٠٠ ؛ سيمونوف Simonoff ، ٢٠٠١) .

والأطفال ذوى النمط المستمر مدى الحياة The Life Course - Persistent Path (LCP) أكثر عرضة للمخاطرة الوراثية من جراء السلوك

المعادى للمجتمع كما في حالة الأشخاص ذوى المسار المحدد أو الخاص بمرحلة المراهقة The Adolescent – Limited Path (AL) ، وتختلف قوة وطبيعة الإسهام الجيني أو الوراثي للسلوك المعادى للمجتمع اعتماداً على نوع السلوك وعمر الطفل ، ففي مرحلة الطفولة يكون السلوك المعادى للمجتمع العدواني Aggressive Antisocial Behavior وراثياً بدرجة كبيرة جداً بالمقارنة بالسلوك المعادى للمجتمع غير العدواني Non - Aggressive Antisocial Behavior الذي يتأثر بالعوامل الوراثية والعوامل البيئية معاً (جاكوبسون وآخرون Jacobson et al. ، ٢٠٠٢) ، ومع ذلك فخلال مرحلة المراهقة فإن العوامل الوراثية والعوامل البيئية لهما تأثير متساوي لكلا الأشكال العدوانية وغير العدوانية للسلوك المعادى للمجتمع ، والاستمرارية في السلوك المعادى للمجتمع العدواني من مرحلة الطفولة إلى مرحلة المراهقة تتوسطها التأثيرات الوراثية بدرجة كبيرة جداً ، بينما الاستمرارية في السلوك المعادى للمجتمع غير العدواني تتوسط التأثير المشترك للعوامل الوراثية والعوامل البيئية معاً (إيلى وآخرون Eley et al. ، ٢٠٠٣) .

وتقترح دراسات التبني والتوائم أن العوامل الوراثية والعوامل البيئية تسهمان في حدوث السلوك المعادى للمجتمع عبر النمو ، على الرغم من أن هذه الدراسات لم تحدد الميكانيزمات التي تعمل هذه العوامل بواسطتها ، ومن المحتمل أن المخاطر الوراثية للسلوك المعادى للمجتمع تعمل عن طريق مسارات متعددة هي :

أولاً : قد ترتبط العوامل الوراثية بالطبع الصعب أو المزاج الحاد ، والاندفاعية ، والميل إلى البحث عن إثابات أو مكافآت ، أو عدم الإحساس بالعقاب الذي

يولد الميل المعادى للمجتمع أو الشخصية المعادية للمجتمع (ميللر وآخرون .Miller et al ، ٢٠٠٣) .

ثانياً : قد تزيد العوامل الوراثية من الاحتمال بأن الطفل سيتعرض لعوامل المخاطرة البيئية مثل الطلاق بين الوالدين ، وسوء المعاملة الوالدية ، والأحداث السلبية الأخرى التي تزيد من حدوث السلوك المعادى للمجتمع .

ثالثاً : قد يتوسط النمط الوراثي للأطفال القابلية للتعرض للعوامل والإهانات البيئية التي تساعد على حدوث السلوك المعادى للمجتمع فيما بعد ، فالأطفال الذين يعاملون معاملة سيئة ولديهم نمط وراثي أو جيني يرتبط بالمستويات العليا من أنزيم أيض الموصلات العصبية Monoamine Oxidase - A (MAOA) كانوا أقل احتمالاً أن يحدثوا السلوك المعادى للمجتمع عن الأطفال الذين يعاملون معاملة سيئة وليس لديهم هذا النمط الوراثي (كاسبى وآخرون .Caspi et al ، ٢٠٠٢) .

وينبئ السلوك المعادى للمجتمع في مرحلة الطفولة بسلوك مشابه في ذرية أو نسل الفرد ، وهذا التأثير ربما يستمر عبر أجيال متعددة فجدود الأفراد المنحرفين من المحتمل بدرجة كبيرة أن يكونوا قد اشتركوا في سلوك انحرافي أو سلوك إجرامي وذلك بدرجة أكبر مما في حالة الجدود للأطفال غير المنحرفين (كابالدى وإيدى Capaldi & Eddy ، ٢٠٠٩) ، ومثل هذه النتائج لا يمكنها أن تحدد ما إذا كانت العوامل الأسرية أو العوامل الوراثية أو كلاهما معاً يحدث هذا التأثير أو النتيجة ، فدور العوامل الوراثية تؤيده دراسات التبني التي بينت أن اضطراب المسلك لدى الأفراد الذين تم تبنيهم بالإضافة إلى

اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع ، وسوء استخدام المخدرات كان مرتبطاً بخلفيتهم البيولوجية وذلك بدرجة أكبر من الحالات في أسرهم المتبنية لهم ، ومع ذلك فإن البيانات المستمدة من دراسة كبيرة للتوائم الذين تم استدعائهم للخدمة العسكرية خلال فترة حرب فيتنام وجدت أن العوامل الوراثية لم تسهم في الأعراض المرضية لاضطراب المسلك ، وذلك على الرغم من أنها تنبئ بالتشابه بين التوائم في التعلق بشرب الخمر ، وتدخين الماريجوانا (ترو وآخرون True et al. ، ١٩٩٩) .

و تسهم البيئة الأسرية بشدة في حدوث اضطراب المسلك ولكن بدرجة أقل إلى حد ما في المخاطرة من جراء التعلق بشرب الخمر ، وتدخين الماريجوانا ، ونود هنا أن نوضح مدى مساهمة العوامل الوراثية في حدوث اضطراب المسلك مع العلم بأن هذه المساهمة لا توجد بدرجة كبيرة بالنسبة لاضطرابات أخرى ، فعندما يحدث اضطراب المسلك مع اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، أو مع اضطراب العناد والتحدي فإن الرابطة الوراثية تكون أقوى (كومينجز Comings ، ٢٠٠٠) .

وهناك نوعان من اضطراب المسلك أحدهما يكون عابراً وينتهي أو يضمحل بانتهاء مرحلة المراهقة ، والآخر يستمر ، وهذا النوع الثاني يحدث في حالة وجود اضطرابات أخرى ويكون له بعض المحددات أو العوامل الوراثية ، ويبدو أن النوع الأول يرتبط أكثر بالأسلوب الوالدي في التربية ، وبالأقران ، وغير ذلك من المحددات البيئية (ساراسون وساراسون Sarason & Sarason ، ٢٠٠٦) .

٩- شذوذ الصفات الوراثية :

تتكون الخلية الأولى (الجنين أو الزيجوت) من ٢٣ زوجاً من الكروموسومات نصفها من الخلية الذكرية (الحيوان المنوي) والنصف الآخر من الخلية الأنثوية (البويضة) ، وليس معنى أن يتساوى عدد الكروموسومات لكل من الأب والأم أن الصفات الوراثية للكائن الإنساني ستكون هي الأخرى مناصفة من الأب والأم ، إذ أن عدد الجينات ونوعيتها على كل كروموسوم غير متساوية ، كما أن طريقة اتحادها غير واضحة ، فالكروموسوم الجنسي من نوع X والآتي من الأم يحمل عدداً أكبر من الجينات التي يحملها الكروموسوم الجنسي من نوع Y والآتي من الأب (من المعروف أن كروموسومات الأب تتشابه مع كروموسومات الأم في اثنان وعشرين منها أما الكروموسوم الثالث والعشرين فهو الكروموسوم المحدد لجنس المولود ويطلق عليه فالكروموسوم الجنسي ، وهذا الكروموسوم يكون XX إذا كان الجنين أنثى ، XY إذا كان الجنين ذكراً) ، كما أن خصائص الجينات وطريقة انتظامها تفسر الفروق والتشابه بين الأبناء والآباء والأمهات ، فالأبناء يتشابهون مع آبائهم وأمهاتهم بسبب أن الجينات تحمل الصفات السائدة لدى أي من الوالدين ، وتبعاً لهذه الصفات يتنوع التشابه بين الآباء والأبناء ، فالاحتمال الأول أن يشبه المولود أباه أكثر ، والاحتمال الثاني أن يشبه أمه أكثر ، والاحتمال الثالث ألا يشبه أباه أو أمه لأن هناك صفات كانت متنحية لدى الوالدين وسائدة في جيل من الأسلاف ظهرت لدى الأبناء فيشبهون هؤلاء الأسلاف الذين نسينا صفاتهم ، كما أن اختلاف خصائص الجينات وطريقة انتظامها في كل تشكيل وراثي يفسر لنا الفروق بين الأخوة أو الأشقاء ، وتقارب خصائص الجينات في حالة التوائم المتطابقة الناتجة عن بويضة واحدة يفسر لنا التشابه الملحوظ بينهما ، وفى مجال

آخر ، اهتم علماء الوراثة بالكروموسوم X الكروموسوم Y ، فهما اللذان يحددان جنس الجنين ذكراً أو أنثى ، كما أن وجود جينات أكثر على الكروموسوم X قياساً بعددها على الكروموسوم Y يفسر لنا بعض الأمراض الوراثية التي يصاب بها الذكور فقط ، مثل عمى اللونين الأحمر والأخضر ، فعدم قدرة الذكر على التمييز بين هذين اللونين تعود إلى وجود جين حامل لهذا المرض على الكروموسوم X ، ويحدث في بعض الحالات نتيجة لشذوذ كروموسومي أن يوجد لدى بعض الأجنة من الذكور كروموسوم إضافي من نوع Y ، وبالتالي يكون الكروموسوم الجنسي لدى هذا الفرد على هيئة XYY ، وليس XY فقط مثل الأسوياء ، وقد أوضحت نتائج عديد من الدراسات أن الأفراد المصابين بهذا الشذوذ الكروموسومي يعانون من ارتفاع معدل السلوك العدواني مقارنة بغيرهم من الأسوياء ، كما وجد أيضاً أن كثيراً من معتادي الإجرام الذين يقضون شطراً كبيراً من حياتهم في السجون مصابون بهذا الشذوذ الكروموسومي .

١٠- العوامل المتعلقة بالوالدين ومضاعفات الولادة :

ترتبط سوء التغذية أثناء الحمل بالسلوك المعادى للمجتمع فيما بعد ، وتنشأ سوء التغذية أساساً نتيجة نقص البروتين ، ومن العوامل التي تؤدى أيضاً إلى حدوث مشكلات المسلك فيما بعد التسمم بالرصاص قبل الميلاد ، واستخدام الأم للنيكوتين والخمور والمارجوانا وغيرها من المواد أثناء فترة الحمل (داى وآخرون Day et al. ، ٢٠٠٠) ، ومع ذلك فإن الدليل الذي يؤكد المضاعفات الوالدية ، ومضاعفات الولادة كأسباب بيولوجية مباشرة لحدوث السلوك المعادى للمجتمع هو دليل ناقص (هودجنز وآخرون Hodgins et al. ، ٢٠٠١) ، فعلى سبيل المثال تم تفسير العلاقة بين تدخين الأمهات أثناء الحمل ،

وبين مشكلات المسلك عند الأفراد في مرحلة المراهقة بانتقـال الميـل البـارز المعادى للمجتمع من الأم إلى الطفل ، وليس بالأحرى إلى التـأثيرات الجانبيـة للتدخين أثناء فترة الحمل (سيلبرج وآخرون .Silberg et al ، ٢٠٠٣) .

١١- العوامل البيولوجية العصبية :

ترتبط الأنماط السلوكية للناس بنظامين فرعيين للمخ ، كل نظام منها لـه مناطق تشريحية عصبية مميزة وله أيضاً مسـارات للموصـلات العـصبية ، النظام الأول هـو نظام التنشيط الـسلوكي Behavioral Activation System (BAS) وهذا النظام يحفز السلوك استجابة لإشارات الإثابات أو عدم العقـاب ، والنظام الثاني هو نظام الكف السلوكي(Behavioral Inhibition System (BIS وهذا النظام يحدث القلق ويمنع السلوك من الاستمرار ، وهناك أنمـاط سـلوكية أخرى تنتج عن التوازن النسبي أو عدم التوازن المتعلق بنشاط النظامين السابقين ويمكن تشبيه نظام التنشيط السلوكي (BAS) بدواسة البنزين ، ونظـام الكـف السلوكي بفرامل السيارة ، وتظهر الأنماط السلوكية المعادية للمجتمع نتيجة نظام التنشيط السلوكي المتميز بالنشاط المفرط ونظام الكف السلوكي المتميز بقلـة أو نقص النشاط ، واتفاقاً مع نظام التنشيط السلوكي (BAS) المفرط للنشاط ، نجـد أن الأطفال ذوى مشكلات المسلك يظهرون استجابة متزايدة للإثابات أو المكافآت (فريك وآخرون .Frick et al ، ٢٠٠٣) .

و ويظهر الأطفال الصغار الذين لديهم اضطراب المسلك بدايـة مبكـرة لحدوث أعراض مرضية عدوانية ، كما يظهرون أيضاً إثارة فسـيولوجية نفسية (أو إثارة قشرية أو مخية) منخفضة ، وتفاعل ذاتـي أو تلقـائي مـنخفض ،

والإثارة المنخفضة والتفاعل الذاتي المنخفض ربما يؤديان إلى تعلم الإحجام أو التجنب استجابة أو رداً على التحذيرات أو التوبيخات ، أو استجابة رديئة للعقاب وهذا بدوره قد يؤدى إلى السلوك المعادى أو المنافي للأعراف والقواعد السائدة في المجتمع (رايني Raine ، ٢٠٠٢ أ) ، ومعظم الأطفال يستجيبون للتأديب والعقاب بتقليل سلوكهم الذي لا يتفق مع القواعد والأعراف والمعايير السائدة في المجتمع ، وفي بعض الأحيان يحدث العكس كما في حالة الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك ، فعندما يتم تأديبهم أو عقابهم يزيدون من سلوكهم المعادى للمجتمع بل ويصبحون أكثر تحدياً ومعارضة .

ويرى ماش وولف Mash & Wolfe (٢٠٠٧) أنه توجد عوامل أخرى توحي بدور العوامل البيولوجية العصبية في حدوث مشكلات المسلك منها :

- وجود معدلات أعلى إلى حد ما للعوامل الإنمائية العصبية مثل مضاعفات الولادة Developmental Neuro Birth Complications Factors وإصابات الرأس لدى الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك .
- وجود أوجه عجز نفس عصبية Neuropsychological Deficits كما توحي بذلك نسبة الذكاء اللفظي المتدنية لدى الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك .
- النتائج المستمدة من الدراسات النفسعصبية ، والدراسات العصبية ، وتصوير المخ تقترح أن أوجه العجز التركيبي والوظيفي لقشرة الفص الجبهي للمخ ترتبط بالسلوك المعادى للمجتمع .
- النتائج المتعلقة بالعلاقة بين هرمون الذكورة (التيستوستيرون)

والعدوان غير متسقة ؛ حيث إن مستويات هرمون الذكورة Testosterone ترتبط بدرجة كبيرة بالأشكال التفاعلية للعدوان عماً في حالة العدوان غير المثير للغضب أو الاستفزاز .

ويرى رايني Raine (٢٠٠٢ب) أن المستويات المنخفضة للإثارة القشرية أو المخية ، والتفاعل التلقائي أو الذاتي لهما دوراً رئيسياً في حدوث السلوك المعادى للمجتمع ، وعلى وجه الخصوص بالنسبة لمشكلات المسلك ذات الحدوث المبكر والمستمرة مع استمرار حياة الفرد ، وكثير من التأثيرات الخاصة بالغدد الصماء والتأثيرات الفسيولوجية النفسية تم تضمينها في حدوث السلوك المعادى للمجتمع ومع ذلك فهناك دليل قوى على أن التفاعل بين هذه المخاطر البيولوجية العصبية والظروف البيئية السلبية هو الذي يؤدى إلى حدوث واستمرار السلوك المعادى للمجتمع .

١٢- العوامل المعرفية الاجتماعية :

تم النظر إلى الارتباطات بين تفكير الأطفال وبين سلوكهم العدواني وذلك بعدة طرق ، وبعض هذه الطرق ركزت على أشكال غير ناضجة من التفكير مثل التمركز حول الذات Ego - Centrism ونقص تناول المنظور الاجتماعي ، وهناك طرق أخرى ركزت على النقائص المعرفية مثل فشل الطفل في تنظيم السلوك أو التشوهات المعرفية مثل تفسير حدث محايد أو حيادي على أنه عمل عدواني تم عن قصد ، وقدم دودج وبيتيت Dodge & Pettit (٢٠٠٣) نموذجاً معرفياً اجتماعياً شاملاً لتفسير السلوك العدواني والسلوك المعادى للمجتمع عند الأطفال ، وفي هذا النموذج تقدم العمليات الانفعالية والمعرفية دوراً رئيسياً ،

فالأطفال يفترض أنهم يطوروا معرفة اجتماعية عن عالمهم تقوم على مجموعة فريدة من نوعها أو لا نظير لها من الاستعدادات المسبقة والتجارب الحياتية والسياقات الثقافية الاجتماعية ، وفي مواقف اجتماعية معينة يستخدم الأطفال بعد ذلك هذه المعرفة الاجتماعية لترشيد تشغيلهم للمعلومات الاجتماعية بطرق من شأنها أن تؤدى مباشرة إلى سلوكيات معينة ، فمثلاً عندما يغيظهم أو يضايقهم شخص في فناء المدرسة ، وهذا الشخص يكون من بين أقرانهم أو زملائهم ، فهل يضحك هذا الطفل مع الحشد الواقف بين الزملاء ويمضى بعيداً عنهم أو يرد عليهم بعدوانية ؟ ، فمن المفترض أن تحدث مجموعة من العمليات الانفعالية ونوع من التفكير وذلك بين المثير الاجتماعي المتعلق بالإغاظة وبين رد فعل الطفل ، فتفكير وسلوك الأطفال العدوانيين أو الذين يتصرفون تصرفات لا تتفق مع الأعراف والقواعد السائدة في المجتمع أو في المواقف الاجتماعية المختلفة يتميز غالباً بأوجه عجز في خطوة أو أكثر من الخطوات التي يلخصها الجدول التالي :

جدول (٢)

خطوات تفكير وسلوك الأطفال العدوانيين في المواقف الاجتماعية المختلفة

الخطوات	الوصف
الخطوة (١) : التشفير	يستخدم الأطفال العدوانيون اجتماعياً دلالات بسيطة قبل اتخاذ أي قرار ، وعندما يتخذون قراراً لموقف بينشخصى فإنهم يبحثون عن معلومات تتعلق بالحدث قبل التصرف .
الخطوة (٢) : التفسير	ينسب الأطفال العدوانيون النوايا العدوانية لأحداث مبهمة أو غامضة .

الخطوات	الوصف
الخطوة (٣) : البحث عن الاستجابة	ينتج الأطفال العدوانيون من الناحية الاجتماعية استجابات قليلة ولكنها عدوانية بدرجة كبيرة ، ويكون لديهم معرفة أقل عن حل المشكلات الاجتماعية .
الخطوة (٤) : قرار الاستجابة	يكون لدى الأطفال العدوانيون من الناحية الاجتماعية احتمال أكبر أن يختاروا حلولاً عدوانية .
الخطوة (٥) : تمثيل الأدوار	يستخدم الأطفال العدوانيون من الناحية الاجتماعية اتصالات لفظية رديئة ويعتمدون على القوة الجسدية .

١٣- العوامل الأسرية :

يمكن اعتبار الكثير من العوامل الأسرية أسباباً محتملة لحدوث السلوك المعادى للمجتمع عند الأطفال ، وتتضمن هذه العوامل الممارسات التأديبية الرديئة ، والتأديب القاسي ، وقلة الإشراف من جانب الوالدين ، وقلة الحب أو الود ، والخلافات بين الزوجين أو الوالدين ، والعزلة الأسرية ، والعنف المنزلي (شيني Cheny ، ٢٠٠٧) ، وعلى الرغم من أن الارتباط بين العوامل الأسرية ومشكلات المسلك واضح بدرجة كبيرة إلا أن طبيعة هذا الارتباط والدور السببي الممكن للعوامل الأسرية محل جدل ونقاش مستمر .

وترتبط المشكلات الأسرية بحدوث اضطراب المسلك ، واضطراب العناد والتحدي مع وجود ارتباط أقوى في حالة اضطراب المسلك بالنسبة للأطفال الذين ينتمون للمسار المستمر مدى الحياة ، مقابل المسار المحدد بمرحلة

المراهقة (لاهي وآخرون Lahey et al. ، ٢٠٠٢) وهنـــاك تركيبـــة لعوامـــل المخاطرة الفردية للطفل تتمثل في الطبع الحاد أو الـــصعب ، وأوجـــه العجـــز الشديدة لمهارات الأسرة في الإدارة أو التعامل ، وهذه التركيبة تفسر الأشـــكال المستمرة والحادة للسلوك المعادى للمجّتمع .

وترتبط العوامل الأسرية بالسلوك المعادى للمجتمع عند الأطفال بطـــرق معقدة ، ويتم فهم هذه العوامل بالنظر إلى العوامل الموجودة في البيئة المحيطـــة بالطفل ، فعلى سبيل المثال فإن الإساءة الجسدية تعتبر عامـــل مخـــاطرة قـــوى بالنسبة لحدوث السلوك العدواني فيما بعد ، وأحد الأسباب المؤيدة لهذا الارتبـــاط بين العوامل هو أوجه العجز في تشغيل المعلومات الاجتماعية عند الطفل والتي تنتج من الإساءة الجسمية ، وكما رأينا فإن النمط الوراثي للطفل يمكن أيضاً أن يتوسط العلاقة بين سوء المعاملة الوالدية وبين السلوك المعادى للمجتمع فيما بعد (كاسبى وآخرون Caspi et al. ، ٢٠٠٢) .

وتتأثر الخلافات بين الزوجين بالعديد من العوامل التي تتضمن عدم تواجد الوالدين ، واستخدام التأديب القاسي أو العنيف ، والمراقبة المتراخية ، وكيفيـــة تفسير الطفل للنزاع بين الوالدين ، والعوامل الفردية والديموجرافية أو السكانية ، والظروف الأخرى المرتبطة بالخلاف أو النـــزاع الأســـرى أو الطـــلاق مثـــل الضغوط النفسية ، والاكتئاب ، وفقدان الاتصال بأحد الوالـــدين ، والـــصعوبات المالية ، كل ذلك يساهم في حدوث السلوك الذي لا يتفق مع الأعـــراف والقـــيم السائدة في المجتمع (كيومنجز ودافيس Cummings & Davies ، ٢٠٠٢) .

ويمكن أن يُحدث السلوك العدواني والقاسي ردود أفعال قويـــة كالغـــضب

والاستجابة القاسية بشكل واضح ، والمفهوم الهام لفهم التأثيرات الأسرية على السلوك المعادى للمجتمع هو التأثير التبادلي Reciprocal Influence بمعنى أن سلوك الطفل يتأثر بسلوك الآخرين ويؤثر في سلوك الآخرين ، فالممارسات الوالدية السلبية تؤدى إلى حدوث السلوك المعادى للمجتمع ، ولكنها قد تكون أيضاً رد فعل للسلوكيات العدوانية والمتسمة بالمعارضة من جانب أطفالهم ، ومن الأمور الهامة أن الاتصال بالأب الغائب عقب المشكلات الزوجية أو انفصال الزوجين يمكن أن يكون عامل مخاطرة أو عامل حماية أو عامل وقائي للسلوك المعادى للمجتمع استناداً إلى ما إذا كان الأب ذو سلوك معادى للمجتمع أو منتهك للنظام الاجتماعي السائد (جافي وآخرون Jaffee et al. ، ٢٠٠٣) .

ويتجاوب أمهات الأطفال اللاتي لديهن اضطراب المسلك بطريقة أكثر سلبية مع أبنائهن ، وهذا يوحى بأن التفاعلات السلبية مع أبنائهن لها تأثير شديد ، ويعتبر التأثير التبادلي طريقة مفيدة للتفكير في التفاعل بين التأثيرات الأسرية والسلوك المعادى للمجتمع خلال مسار النمو ، ومع ذلك ترتبط بعض جوانب البيئة الأسرية بالسلوك المعادى للمجتمع نتيجة الاستعداد الوراثي المشترك الذي يؤدى إلى أن يقوم الوالدين والطفل بإظهار أو عرض أنماط لسلوك مشابه (ماش وولف Mash & Wolfe ، ٢٠٠٧) .

وتؤكد نظرية القهر أو الإجبار Coercion Theory لجيرالد باترسون Patterson على أن التفاعلات بين الوالدين والطفل تقدم مساحة للتدريب على حدوث وتطور السلوك المعادى للمجتمع ، ويحدث ذلك من خلال تتابع مكون من أربع خطوات ، ويتعلق بالاشتراط الهروبي أو التجنبي Escope Conditioning

ويتعلم فيه الطفل أن يستخدم أشكالاً مكثفة بدرجة متزايدة من السلوك الهدام أو الضار ليتهرب من أو يتجنب المطالب الوالدية غير المرغوب فيها ، والتفاعل القهري أو القسرى بين الطفل والوالدين يبدأ عندما تجد الأم ابنها يشاهد التليفزيون بدلاً من أداء الواجب المدرسي ، وتتألف التفاعلات القهرية بين الوالدين والطفل من أعمال يتم ممارستها جيداً ، والتي قد تحدث مع وجود قليل من الوعي أو الدراية ، وهذه العملية تسمى مصيدة أو فخ التعزيز Reinforcement Trap ، وذلك لأنه مع مرور الوقت يصبح كل أعضاء الأسرة محبوسين بنتائج أو عواقب سلوكياتهم ، فعلى سبيل المثال فإن أمهات الأطفال ذوى السلوك المعادى للمجتمع أقل احتمالاً بواقع ثمان مرات في أن ينفذن ويؤكدن على المطالب عما هو الوضع عند أمهات الأطفال الذين لا يوجد لديهن مشكلات سلوكية (باترسون وآخرون .Patterson et al ، ١٩٩٢) .

وتتأثر العلاقة بين الرعاية الوالدية أو الأسلوب الذي يتبعه الوالدين في التربية وبين مشكلات المسلك بالسمات القاسية غير الانفعالية أو الباردة لدى الطفل Callous - Unemotional Traits (CU) ، فالأسلوب الوالدي غير الفعال في التربية يرتبط بمشكلات المسلك ، ولكن فقط عند الأطفال الذين تكون سماتهم القاسية غير الانفعالية منخفضة (ووتون وآخرون .Wootton et al ، ١٩٩٧) .

ويظهر الأطفال الذين لديهم أسلوب بينشخصي غير انفعالي (بارد) وقاسى مشكلات دالة في المسلك بصرف النظر عن الأسلوب الوالدي الذي يتلقوه وتتأثر العلاقة بين الضبط الوالدي ومشكلات المسلك بمقدار الضبط ، فالضبط أو

التهذيب الكثير جداً والتهذيب أو الضبط القليل جداً لكلاهما آثار عكسية ، فالعلاقة بين الضبط الوالدي والسلوك المضاد للمجتمع قد تتأثر أيضاً بالخلفية الثقافية للأسرة ، والمناخ الانفعالي الذي يستخدم فيه الضبط أو التهذيب ، وجنس الوالد (سواء الوالد أو الوالدة) ، وجنس الطفل ، فعلى سبيل المثال قد يكون التهذيب فعالاً تماماً في نفس النوع بين الوالد والطفل أي تأديب الفتيات من جانب أمهاتهن ، وتأديب الأبناء من جانب أبائهم (ديتر – ديكارد ودودج Deater-Deckard & Dodge ، ١٩٩٧) .

ويرى باترسون وآخرون .Patterson et al (١٩٩٢) أن الاشتراط الهروبي أو التجنبي Escape Conditioning يتضمن أربع خطوات يوضحها المثال التالي :

الخطوة رقم (١) : تقوم والدة الطفل برفع صوتها وتوبيخ ابنها قائلة له : لماذا تجلس أمام التليفزيون والمفروض أن تقوم بأداء الواجب المدرسي .

الخطوة رقم (٢) : يعض الطفل على أسنانه قائلاً : إن المدرسة مملة والمعلمين في مدرستي أغبياء ، وليس عندي أي واجب مدرسي أعمله (ومجادلة الطفل لوالدته لها تأثير فوري يدل على عقابه لوالدته لتوبيخه وبمرور الوقت ربما تقلل من جهودها في عمل أي شيء حيال واجبه ومشكلاته المدرسية) .

الخطورة رقم (٣) : تسحب الأم طلبها بشأن تكملة الواجب ، وتسمح لنفسها أن تكون راضية بأنه ليس لديه أي واجب مدرسي يقوم بعمله ، وتخفض من صوتها وتقول : هل السيدة " س" مازالت تحث التلاميذ على النوم في

حصتها من خلال طريقتها المملة في الشرح لمقرر اللغة الإنجليزية ؟ وانسحاب أو تراجع الأم عن طلبها من ابنها لعمل الواجب المدرسي من شأنه أن يعزز بطريقة سلبية جدل الابن ويزيد من الفرص بأنه في المرة القادمة إذا أثارت الأم موضوع الواجب المنزلي أو المدرسي فسوف يتجادل معها ، ومع مرور الوقت فمن المحتمل أيضاً أن الطفل سيزيد من حجم تفاعلاته السلبية بالصياح وإلقاء أو رمى الأشياء .

الخطوة رقم (٤) : بمجرد أن تتراجع الأم عن طلبها ، يتوقف الابن عن المجادلة ، ويشترك في سلوك محايد أو سلوك إيجابي ويقول لأمه : إنك متأكدة تماماً من أن مدرسة اللغة الإنجليزية من الصعب أن يظل الفرد يقظاً أو مفتوح العينين (منتبهاً) في حصتها ، وعندما يوقف الابن سلوكه الهدام فإنه يعزز بطريقة سلبية سلوك والدته بأن تستسلم ، وبأنها لن تفعل ذلك مرة أخرى استجابة لمجادلته واعتراضاته .

وتؤكد نظريات التعلق Attachment Theories على أن نوعية تعلق الأطفال بوالديهم تحدد التعرف النهائي من جانبهم على قيم ومعتقدات ومعايير الوالدين ، وحتى إذا امتثلوا لطلبات والديهم فإنهم يفعلون ذلك بسبب التهديدات التي يتم إدراكها والمتعلقة بحريتهم أو سلامتهم الجسدية ، وفي حالة عدم تواجد هذه التهديدات مثلاً عندما لا يكون هناك إشراف على الطفل يحدث السلوك المعادى للمجتمع ، ويؤدى الارتباط الضعيف مع الوالدين إلى أن يرتبط الطفل بالأقران المنحرفين الأمر الذي يؤدى إلى الانحراف وسوء استخدام المادة (إليوت وآخرون Elliott et al. ، ١٩٨٩) .

وتؤيد نتائج البحوث وجود علاقة بين التعليقات غيـر الآمنـة والـسلوك المعادى للمجتمع وذلك خلال مرحلة الطفولة ومرحلة المراهقة ، ومـع ذلـك لا يتضح ما إذا كانت نوعية التعلق في حد ذاتها يمكن أن تنبئ بالتغير أو التبـاين الحالي أو المستقبلي في حدة أو شدة مشكلات المسلك ، ومن المحتمل أن العلاقة بين التعلق أو الحب والسلوك المعادى للمجتمع تتأثر بكثير من العوامل بما فـي ذلك جنس الطفل والمزاج أو الطبع ، وممارسات الإدارة الأسـرية (بـورجس وآخرون Burgess et al. ، ٢٠٠٣) .

١٤- الضغوط النفسية وعدم الاستقرار الأسري :

تتسم أسر الأطفال الذين لديهم مشكلات سلوكية بتركيب أسرى غير مستقر مع وجود تغيرات أو تحولات متكررة في محل الإقامة ، ويرتبط عدم الاستقرار الأسرى بالمخاطرة الزائدة عند الطفل من جراء حدوث السلوك المضاد للمجتمع ، والمشكلات الدراسية ، والقلق ، والاكتئاب ، والارتباط بالأقران المنحـرفين ، وفي معظم الحالات فإن تأثير السلوك المضاد للمجتمـع عنـد الطفـل يـرتبط بالخلافات الأسرية والتفكك الأسرى الذي يصاحبه ، وفي بعض الحالات يساهم السلوك المضاد للمجتمع عند الطفل في عدم الاستقرار الأسرى عن طريق زيادة فرص الطلاق ، كما يرتبط التوتر الأسرى الشديد بالسلوك السلبي للطفـل فـي البيت وربما يكون سبباً ونتيجة أيضاً للسلوك المعادى للمجتمع (وايت White ، ٢٠٠٦) .

وترتبط البطالة ، والحالة الاجتماعية الاقتصادية المتدنيـة ، والانتقـالات المتعددة للأسرة باضطراب المسلك الذي يبدأ حدوثه في مرحلة الطفولـة ، ولا

ترتبط باضطراب المسلك الذي يبدأ في مرحلة المراهقة ، ومن بين المنخفضات الأسرية يعتبر الفقر أحد المنبئات القوية جداً لاضطراب المسلك ، والمعدلات العالية للجريمة (باجاني وآخرون Pagani et al. ، ١٩٩٩) ، وتؤثر الضغوط النفسية على ممارسات الإدارة الأسرية وعلى قدرة الوالدين على أن يكونوا مساندين لأطفالهم .

وتحدث الميول العدوانية والمعادية للمجتمع في الأسر داخل وعبر الأجيال فيكون لدى أهل الأطفال المعادين للمجتمع معدلات مرتفعة في مرات القبض عليهم من جانب الشرطة بسبب انتهاكاتهم لقواعد المرور وسحب الرخص منهم وسوء استخدام المادة (كابلدى وآخرون Capaldi et al. ، ٢٠٠٣) ، ويظهر الأفراد ذوى السلوك المعادى للمجتمع أسلوباً متفجراً من التفاعل أثناء مواجهاتهم لأطفالهم عند التأديب ، وترتبط الحالة المرضية النفسية عند الوالدين كاضطراب الشخصية المضادة للمجتمع بقوة باضطراب المسلك عند أطفالهم وهذه العلاقة تكون واضحة على نحو خاص بالنسبة للآباء كما في حالة العلاقة بين السلوك الإجرامي لدى الوالدين ، وسوء استخدام المادة وأنماط السلوك المضاد للمجتمع لدى الأطفال ، وهذا الارتباط القوى بين اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع عند الوالدين والسلوك المعادى للمجتمع عند الطفل يكون مستقلاً عما إذا كان الأب على درجة من الاتصال بالطفل (رادو Radu ، ٢٠٠٩) ، وبالنسبة للأمهات فإن الشخصية المتكلفة Histrionic Personality (وهي الشخصية العاطفية والدراماتيكية بشكل مفرط التي تسعى إلى جذب الانتباه) ، والاكتئاب أيضاً يرتبطان بالسلوك المعادى للمجتمع عند الأطفال ، وذلك على الرغم من أن هذه النتائج ليست متسقة (باترسون Patterson ، ١٩٩٦) .

١٥- العوامل المجتمعية :

تتفاعل أسباب السلوك المعادى للمجتمع على مستوى الفرد والأسرة مع السياق المجتمعي والثقافي في تحديد مشكلات المسلك ، كما أن الفقر والجرائم التي تنتشر في أحياء معينة ، والتمزق الأسرى ، والتنقل المستمر للأسرة من مسكن إلى آخر ، كل ذلك يرتبط بالجريمة والانحراف عند الأفراد الصغار ، ومع ذلك فإن الميكانيزمات النوعية التي عن طريقها تؤدى هذه الظروف إلى الجريمة ليست معروفة ، وتفترض نظريات التفكك الاجتماعي أن تركيبات المجتمع تؤثر على العمليات الأسرية التي تؤثر بعد ذلك على توافق الطفل (ماش وولف Mash & Wolfe ، ٢٠٠٧) .

وترتبط العوامل السياقية العكسية (على سبيل المثال الحالة الاجتماعية الاقتصادية المتدنية) بالأسلوب الوالدي الردئ ولاسيما التأديب أو التهذيب القاسي وغير المتوافق ، والإشراف الوالدي الردئ ، وهذه العوامل بدورها ترتبط بالحدوث المبكر للسلوك المعادى للمجتمع ، والقبض المبكر من جانب الشرطة والإساءة المزمنة أثناء مرحلة المراهقة ، وتفرض الدائرة المفرغة للفشل التكيفي أو التوافقي Adaptational Failure ، والضغوط النفسية ضغطاً مستمراً علي الوالدين والطفل (كابالدى وباترسون Capaldi & Patterson ، ١٩٩٤) .

ويعتبر الفرد المعادي للمجتمع أكثر عرضة ومخاطرة للدخول في فئة العاطلين والمحرومين من المزايا المجتمعية ، فعلى سبيل المثال فإن الانتقال المتزايد من مكان إلى آخر بغرض السكن ، وحالات الطلاق ، والبطالة ، وتدني

المستوى الاجتماعي الاقتصادي كل ذلك قد يؤدى إلى زيادة في عدد الأمهات اللاتي يتعرضون لمخاطرة كبرى من جراء الممارسات الوالدية المعادية ، وأيضاً فإن الأمهات المعاديات للمجتمع ذوى المهارات الأقل ربما ينحرفن إلى مناطق ومدن كبرى تعزلهن عن الأهل والجيران وتؤدى بهن إلى أن يعشن في جو يسوده عدم الثقة ، والاتصال الضئيل ، وعندما يصبحن حوامل مرة أخرى فربما يكون لديهن ميل منخفض لخدمات الصحة العامة ، فالتغذية السيئة ، والمخدرات تؤدى إلى إنجاب أطفال غير مكتملين النضج ، وهذا يؤدى بدوره إلى وجود أطفال يصعب التعامل معهم من جانب والديهم مما يزيد من احتمال وجود السلوك المعادى للمجتمع ، وبالتالي حدوث مبكر للقبض عليهم من جانب الشرطة (باترسون Patterson ، ١٩٩٦) . .

١٦- **منطقة الجيرة السكنية (الحي السكني) والمدرسة :**

ينتشر السلوك المعادى للمجتمع بصفة عامة بطريقة تفاوتية أو تباينية في الأحياء الفقيرة التي تتميز بثقافة فرعية إجرامية تؤيد أو تساعد عملية الاتجار في المخدرات ، وعملية الدعارة ، والعنف من جانب مجموعة الأقران ، والعضوية في العصابات المنحرفة ، كما تتميز هذه الأحياء أيضاً بالمساندة الاجتماعية المتدنية ، وبالإضافة إلى ذلك فإن الأفراد الذين لديهم سلوك معادى للمجتمع يميلون إلى اختيار الأحياء التي بها أفراد على شاكلتهم ؛ حيث ينتقلون باستمرار من مكان إلى آخر ، وتوضح فرص الاختيار الاجتماعي أن الأفراد الذين ينتقلون إلى أحياء متعددة يختلفون قبل وصولهم إلى هذه الأحياء ، وأن الأفراد الذين يظلون أو يبقون يختلفون عن الناس الذين يغادرون أو يرحلون ، وهذا يخلق أو يولد تنظيماً لمجتمع يصغر العلاقات الاجتماعية المثمرة والمعايير الاجتماعية

الفعالة الأمر الذي يجعل السلوك المعادى للمجتمع مستقراً أو ثابتاً (ليابو وريتشاردسون Liabo & Richardson ، ٢٠٠٧) .

ونتائج سمات المجتمع على الجريمة والانحراف يتم تعزيزها بالتفكك الاجتماعي الموجود في الحي والذي يتميز بالقليل من الصداقات وشبكات التعارف ، وعدم القدرة على الإشراف أو مراقبة مجموعات الأقران المراهقين ، وفي الواقع فإن التأثير الرئيسي للأهل المؤثرين أو الفعالين في الأحياء ذات المخاطرة العالية يتمثل في معارضة العضوية أو الانخراط في العصابات (تولان وآخرون Tolan et al. ، ٢٠٠٣) .

ويرتبط الالتحاق بمدرسة رديئة في الأحياء التي بها خطورة عالية بسلوك معادى للمجتمع وسلوك منحرف ، والتجربة المدرسية الموجبة يمكن أن تكون بمثابة عامل حماية أو عامل وقائي من حدوث هذه السلوكيات ، فالبيئة المدرسية الجيدة تتميز بوجود متطلبات واضحة بالنسبة لاستكمال الواجب المنزلي وتوقعات أكاديمية أو دراسية عالية ، وسياسات متسقة فيما يتعلق بالتأديب أو الانضباط ، وربما يكون التحصيل معوضاً جزئياً عن الظروف الأسرية السيئة ، وتؤدي التدخلات المنتظمة للنهوض بهذه الصفات المدرسية إلى انخفاض كبير في مشكلات المسلك لدى أطفال المدارس (ماش وولف Mash & Wolfe ، ٢٠٠٧) .

١٧- وسائل الإعلام :

تعد المشاهد التليفزيونية أو السينمائية التي تصور الهروب أو الإثارة شيء ضروري وهام لمعظم الأطفال كمنافذ لانفعالاتهم وعواطفهم ولاسيما مشاعرهم

المتعلقة بالعدوان ، كما أن البرامج التي تصور بطريقة شيقة السلوك المعـــادى للمجتمع والجريمة والقتل تؤثر على اتجاهات الأطفال المضادة للمجتمع ، وتؤدى إلى العدوان ، والجدل المتعلق بتأثيرات الإعلام على العـــدوان عنـــد الأفـــراد الصغار ينتشر أو يتفشى بشكل فعال اليوم ، فمن ناحية يعتقد بعض الباحثين أن العنف الذي يشاهده الأطفال في التليفزيون يؤثر بالسلب على هـــؤلاء الأطفـــال وبإمكاننا أن نقلل من جرائم القتل بإغلاق أو فصل التيار الكهربي عن التليفزيون ، ومن ناحية أخرى يرى بعض الباحثين أن هناك دليل بسيط على وجود علاقة سببية بين العنف الذي يقدمه التليفزيون وبين السلوك العدواني عنـــد الأطفـــال ، وعندما يصل الطفل إلى الصف السادس الابتدائي يكون هذا الطفل أو الطفلة قـــد شاهد العديد من جرائم القتل في التليفزيون ، وكذلك العديد من أعمال العنـــف ، ومبعث الخوف هنا أن هذه الوجبة المستمرة من العنف قد تؤدى إلى أو تجعـــل الأطفال يفكرون في العنف على أنه شيء عادى أو أمر طبيعي ، ويصبحون أقل إحساساً وتأثراً بمعاناة الآخرين ، ويميلون إلى تقليد هذه الأعمال العنيفة .

ويرى هيوزمان وآخـــرون Huesmann et al. (٢٠٠٣) أن التعـــرض للعنف الذي تقدمه وسائل الإعلام يمكن أن يكون :

- عامل مساعد قصير الأجل للسلوك العدواني والعنيف .
- عامل استعدادي طويل الأجل للسلوك العدواني المكتسب عن طريق ضعف الإحساس بالعنف والتعلم بالملاحظة .

والتعرض للعنف الذي تقدمه وسائل الإعلام يعزز أو يقوي مـــن الميـــول المضادة للمجتمع الموجودة من قبل عند بعض الأطفال ، فمـــثلاً فـــي سلـــسلة الدراسات التي امتدت لعقد من الزمن ، وجد أن الأطفال ذوى اضطراب السلك

يشاهدون قدراً كبيراً نسبياً من مادة العنف ويفضلون الشخصية العدوانية ، ويعتقدون أن المحتوى الروائي يكون حقيقياً ، كما أشارت الدراسات الطويلة الأجل إلى أن التعرض في مرحلة الطفولة وذلك فيما بين السادسة والتاسعة من العمر ، وتقمص الشخصيات العدوانية التي يشاهدونها في التليفزيون ينبئ بوجود سلوك عدواني وإجرامي خطير بعد ذلك بـ ١٥ سنة ، والارتباط بين العنف الذي يشاهده الأطفال في التليفزيون وبين العدوان هو ارتباط لا يقبل الجدل أو لا يمكن إنكاره ، ولكن هل العنف الذي يقدمه التليفزيون يسبب العدوان ؟ وعلى الرغم من أن البحوث تقترح وجود علاقة سببية إلا أن الإجابة على هذه الأسئلة تظل صعبة ومحيرة رغم نتائج البحوث ، ولا يمكن أن يكون تأثير وسائل الإعلام وحده هو الذي يفسر أو يعلل الجزء الأكبر من السلوك المعادى للمجتمع عند الأطفال الصغار ، وتتفاعل تأثيرات وسائل الإعلام مع استعدادات الطفل ، وظروف الأسرة ، والعوامل المجتمعية ، والعوامل الثقافية في الإسهام في حدوث مشكلات المسلك ، ولكن من الواضح أنها تمثل عامل مساهمة هام يتم إغفاله أحياناً ، والتعرض للعنف الذي تقدمه وسائل الإعلام لا يستطيع أن يحول طفلاً جيد التوافق أو سوى إلى مجرم عنيف ، ومع ذلك فإن كل عنف يقدمه التليفزيون يزيد قليلاً من الاحتمال بأن الطفل سيكبر ليتصرف أو يسلك بطريقة أكثر عدوانية في موقف ما .

١٨- العوامل الثقافية :

تؤثر الفروق الثقافية في أسلوب التعبير عن السلوك العدواني ، فالتنشئة الاجتماعية للأطفال فيما يتعلق بالعدوان وجد أنها من بين إحدى المنبئات القوية

جداً بالأعمال العدوانية مثل القتل والاعتداء أو الهجوم على شخص ما ، وتختلف معدلات السلوك المعادى للمجتمع بدرجة كبيرة عبر الثقافات ، وليست بالضرورة أن لها علاقة بالمكاسب أو المزايا التكنولوجية أو الثروة المادية أو الكثافة السكانية ، فعلى سبيل المثال فإن بعض دول العالم الثالث التي تضع قيمة للتكافل تتميز بوجود معدلات عالية في السلوك الاجتماعي الجيد والذي يعمل في صالح المجتمع ، وبعض الأماكن ذات الكثافة السكانية العالية مثل سنغافورة بها معدلات منخفضة جداً في العنف ، وتعد الولايات المتحدة الأمريكية من أكبر الدول حتى الآن التي بها عنف أكبر مما هو موجود في جميع الدول الصناعية الأخرى ؛ حيث تبلغ معدلات القتل رقماً عالياً يفوق بكثير جداً المعدلات الموجودة في قارة أوربا (ليابو وريتشاردسون Liabo & Richardson ، ٢٠٠٧) .

خلاصة القول فإن السمات التركيبية لأي مجتمع تقدم خلفية ملائمة لظهور مشكلات المسلك وذلك بأن تكون باعثاً على أو سبباً في أن تكون ظروف المجتمع مدخلاً لتبنى معايير اجتماعية ، وحدوث علاقات اجتماعية مثمرة ، كما أن المدرسة والحي أو المنطقة السكنية ، وتأثيرات وسائل الإعلام كل ذلك من عوامل المخاطرة المحتملة لحدوث السلوك المعادى للمجتمع .

١٩- العوامل البيولوجية :

شهدت السنوات الأخيرة زيادة كبيرة في التحيز للعوامل البيولوجية العصبية Neurobiological Factors ودورها في نشوء الاضطرابات النفسية بما فيها اضطراب المسلك ، ولقد تم الاعتراف منذ فترة طويلة بأن اضطراب

المسلك يحدث في الأسر أو العائلات نتيجة لتأثير الجينات المشتركة ، وكذلك نتيجة لتأثير العوامل البيئية ، ويرى ديتر – ديكارد Deater-Deckard (٢٠٠٠) أنه توجد جينات تشترك في التعبير عن أوجه سلوك معينة وأن التركيبات المختلفة من الجينات والعوامل البيئية تؤدى إلى التعبير عن السلوك المضطرب ، وكثير من أوجه السلوك التي يتم رؤيتها في اضطراب المسلك ترجع في الأصل إلى قصور في الفصوص الأمامية للمخ ، وتحدد الموصلات العصبية Neurotransmitters نشاط المخ فالموصلات العصبية والنشاط البيوكيميائي للمخ (كهرمونات النورأدرينالين Noradrenalin ، والسيروتونين Serotonin) يعكس حدوث اختلال في الكف والإثارة ، وعلى وجه العموم توحي نتائج العديد من الدراسات أن نقص أو انخفاض السيروتونين يرتبط بالعدوان وجوانب أخرى من السلوكيات المميزة لاضطراب المسلك .

وهناك أيضاً دليل على أن المعرفة الاجتماعية Social Cognition لدى الأطفال الذين لديهم سلوك فوضوي تكون ضعيفة ، وعلى نحو خاص يميل الأولاد العدوانيون إلى فهم نوايا الآخرين على أنها نوايا عدوانية ، وبصفة عامة فإن الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك تكون مشاركتهم الوجدانية Empathy متدنية ، ويخطئون قراءة الدلائل الاجتماعية Social Cues أو التلميحات الاجتماعية (سيجيون وآخرون Seguin et al. ، ١٩٩٩ ؛ بارتون Barton ، ٢٠٠٣) .

ويرى آلان كازدين (٢٠٠٠) أن المشكلات وأوجه القصور العصبية التي تحدث مبكراً في حياة الفرد تضعه في مأزق وتعتبر بمثابة عامل مساعد

بالنسبة له لحدوث مشكلات سلوكية تالية وحدوث الجنوح ، وعدم التقيد أو الالتزام بالقانون ، ومن الجدير بالذكر أن أوجه القصور في الوظائف المختلفة المرتبطة باللغة مثل التعلم اللفظي ، والطلاقة اللغوية ، ونسبة الذكاء اللفظي ، أو أوجه القصور المرتبطة بالذاكرة ، والتآزر الحركي ، وتكامل الإشارات السمعية والبصرية ، والوظائف الإجرائية التنفيذية مثل التفكير المجرد ، وتكوين المفاهيم والتخطيط ، والتحكم في الانتباه تعد من العوامل التي يمكن من خلالها التنبؤ باضطراب المسلك ، كذلك فإن أي اختلال عصبي يعكس الأثر الذي تسببه المؤثرات الأخرى على سلوك الطفل كالتعرض على سبيل المثال قبل الولادة أو بعدها لمواد سامة ناتجة مثلاً عن إساءة استخدام العقاقير وتعاطي الخمور من جانب الأم ، والتغذية غير السليمة للأم ، والتعرض لرابع إيثيل الرصاص ... إلخ ، وتتمثل أهم الأمور التي يجب أن نضعها في الاعتبار أن اختلال الأداء الوظيفي النفس عصبي الذي يحدث في وقت مبكر من الحياة يمكن من خلاله التنبؤ باضطراب المسلك اللاحق أي الذي يحدث في مرحلتي المراهقة والرشد .

٢٠- المزاج أو الطبع :

يرى آلان كازدين (٢٠٠٠) أن الطبع Temperament يشير إلى الجوانب السائدة في الشخصية التي تظهر بعض الثبات أو الاتساق عبر المواقف المختلفة وعبر الزمن ، وأساس تلك السمات يكون وراثياً ، وترتكز الفروق التي يمكن تحديدها بين الأطفال في الطبع على بعض السمات مثل مستويات النشاط ، والاستجابات الانفعالية ، ونوعية الطباع ، والقابلية للتوافق الاجتماعي ، والسلاسة والصعوبة في التعامل Easy to Difficult فالأطفال الذين يتسمون

بالسلاسة Easy Children يتسمون بالطبع الإيجابي ، والتوجه نحـــو المثيــرات الجديدة ، وانخفاض مستوى الحدة في ردود أفعالهم للمثيرات الجديدة ، في حين أن الأطفال الذين يتسمون بصعوبة التعامل معهم Difficult Children يبــدون أنماطاً عكسية لتلك السمات التي ذكرناها ويكون من المحتمل بالنــسبة لهــم أن يظهروا مشكلات سلوكية بشكل متزامن أو تتطور لديهم هذه المشكلات فيما بعد ، والارتباط بين الطبــع أو الحالـــة المزاجيـــة للطفــل والــسلوك الفوضـــوي Disruptive Behavior على درجة كبيرة من الأهمية ، والأطفال ذوى الطبــاع الصعبة يكونون في مخاطرة من جراء حدوث مشكلات سلوكية لديهم فيما بعد ، فالطفل الصعب من الناحية المزاجية ربما تتولد لديه أساليب سلبية فـــي تقــديم الرعاية في حالة وجوده مع أب أو أم يتسم سلوكهما بالقهر ، فـــالمعروف أنـــه توجد علاقة أو ارتباط قوى بين التفاعل السلبي والعداء بين الأم والطفل وبـــين السلوك الفوضوي .

٢١- العوامل البيئية :

أوضحت نتائج العديد من الدراسات وجود ارتباط بين الأسلوب الوالدي في التربية وبين السلوك الفوضوي ، فالأساليب التي تعتمد على السيطرة على سلوك الفرد تعد من المصادر التي تثير المشكلات بين والدي الأفراد الذين تصدر عنهم سلوكيات مضادة للمجتمع ، كما أن التساهل الزائد من جانب أحـــد الوالـــدين أو كليهما ، وعدم اتساق الأسلوب الوالدي في التنشئة من جانب أحـــد الوالـــدين أو كليهما يرتبط بجناح الأبناء أو يعد مسئولاً عن حدوث اضطراب المسلك فعلـــى سبيل المثال نجد أن التساهل من جانب الأم والقسوة من جانب الأب من العوامل

المسئولة عن حدوث اضطراب المسلك فيما بعد ، بينما يقل احتمال حدوث ذلك بين الأبناء عندما يكون هناك اتساق في الأسلوب الوالدي في التنشئة ، وهذا يدعم الافتراض الرئيسي الذي يقضي بأن الأسلوب الوالدي الرديء يسبب السلوك الفوضوي أو المضطرب .

ونظراً لأن العلاقة بين الوالدين والطفل تعد علاقة دينامية وتفاعلية ، فإن الحالة المرضية النفسية للوالدين ، ونظام التأديب الفظ أو القاسي والمتضارب ودرجة اشتراك الوالدين والإساءة للطفل كل ذلك له علاقة بالسلوك الفوضوي لدى الأبناء (بارتون Barton ، ٢٠٠٣) .

ودور الأسلوب الوالدي أو التربية الوالدية يعتبر هام أيضاً على ضوء الفرص التي تقدمها للتدخلات العلاجية ، فاضطراب المسلك يرتبط بالحالة الاجتماعية الاقتصادية المتدنية ، وتفكك الأسرة ، وتوافر المخدرات ، والمعدلات العالية للجريمة ، وهذا يوحى بأن التدخل لتوفير الدعم أو المساعدة الاجتماعية الاقتصادية للأسر والمجتمعات يكون أمراً هاماً .

وتعد نوعية العلاقات الأسرية أيضاً هي الأخرى من العوامل المساعدة لحدوث اضطراب المسلك ، فوالدو المراهقين الذين تصدر عنهم سلوكيات مضادة للمجتمع قياساً بوالدي أقرانهم العاديين يعدون أقل تقبلاً لأطفالهم ، ويبدون لهم قدراً أقل من الدفء الوالدي ، والعاطفة ، والمساندة الانفعالية ، وقدراً أقل من التعلق ، وهذه العوامل مجتمعة تعد مسئولة إلى حد كبير عن حدوث اضطراب المسلك (آلان كازدين ، ٢٠٠٠) .

كما أن علاقات الأقران أو الرفاق تعتبر هامة أيضاً في نشوء واستمرار

اضطراب المسلك ، فالأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب يتم نبذهم باستمرار من جانب أقرانهم وهذا بدوره يرتبط بالاستجابة العدوانية ، كما أن الأطفال الذين لديهم السلوك المضطرب أو المشين يكونون أكثر احتمالاً في أن يختلطوا بأطفال آخرين لديهم مشكلات سلوكية مشينة أو مضطربة ، ومثل هذه الارتباطات ربما تزيد من الميول الموجودة من قبل أو تساعد على الاستمرار في السلوك ، وبالنسبة للبنات هناك مخاطرة متزايدة من جراء اختيارهن لشريك معادى للمجتمع مع مخاطرة الحمل أثناء المراهقة وغيرها من النتائج المترتبة على ذلك (بارتون Barton ، ٢٠٠٣) .

٢٢- نقص المهارات الاجتماعية والأكاديمية :

تكون علاقات الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك بصفة عامة رديئة مع أقرانهم ، وهذا أمر لا يدهشنا نظراً للطبيعة غير الاجتماعية التي يتسم بها سلوكهم ، كما يتميز سلوكهم أيضاً بالسلبية لأنه ينقصهم وجود المهارات الاجتماعية الملائمة التي تساعدهم على التوافق مع الآخرين ، ويشمل نقص المهارات الاجتماعية لديهم جوانب عديدة تتمثل في صعوبة الانتباه ، وصعوبة الإدراك ، وبدلاً من ذلك نجدهم يستجيبون بسرعة للمواقف العصبية دون اعتبار للمفاهيم أو التلميحات الاجتماعية المتاحة ، ويبدو أيضاً أنهم لا يستوعبون التلميحات الاجتماعية التي تصدر عن الآخرين ، وبسبب ذلك فإنهم يصفون مشاعر الآخرين بطريقة غير دقيقة ، وينسبون النوايا العدوانية لهم ، ولاسيما عندما يكون الموقف غامضاً ، وهناك مشكلة أو صعوبة أخرى مرتبطة باضطراب المسلك وهي نقص المهارات الملائمة لحل المشكلات فبدلاً من استخدام الاستراتيجيات الملائمة من الناحية الاجتماعية لحل المشكلات فإن

الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك يتفاعلون عادة مع المصاعب أو المشكلات باستجابات واتجاهات عدوانية وغير ذلك من الانتهاكات لمبادئ السلوك الاجتماعي على سبيل المثال فإنهم يستخدمون الوسائل غير المشروعة لتحقيق هدف أو الوصول إلى هدف معين .

ويحصل الأطفال الذين يعانون من اضطراب المسلك على تعزيز إيجابي بسيط إما من مدرسيهم أو من أقرانهم في المدرسة وذلك لأنه بالإضافة إلى وجود المهارات الاجتماعية غير الكافية فإن أدائهم المدرسي يكون أقل من المتوقع ، وعلى وجه الخصوص فالصعوبات التي تواجههم أثناء القراءة (صعوبة القراءة) تتدخل إلى حد كبير في الأداء الأكاديمي أو الدراسي ، وبعض هذه المشكلات الدراسية يرتبط بمشكلات في الأداء الوظيفي في المخ أو الجهاز العصبي (ساراسون وساراسون Sarason & Sarason ، ٢٠٠٦) .

الفصل الثالث

الفصل الثالث

علاج الاضطراب

مقدمة :

نظراً لوجود عوامل عديدة تؤدى إلى حدوث واستمرار اضطراب السلوك الفوضوي فإن التدخل العلاجي يجب أن يكون متعدد المراحل ، وتوجد سلسلة من التدخلات العلاجية تتضمن العلاج الدوائي Pharmacotherapy والعلاج النفسي Psychotherapy ، والبرامج العلاجية الأسرية والمدرسية والمجتمعية School, Home, and Community Based Programs ، وهناك مجموعة أخرى من برامج التدخل العلاجي ولكن غالبية هذه البرامج لم يتم خضوعها لتقييم دقيق شامل ، وركزت هذه البرامج على الأعراض المرضية للطفل إلا أن هناك عوامل أخرى هامة يجب التركيز عليها مثل العلاقة بالأقران ، والتحصيل الدراسي ، والمشكلات التي تدل على وجود حالات مرضية مشتركة أو مصاحبة ، والعوامل الأسرية ، والأداء الوظيفي للوالدين والأخوة معاً مع تقييم عام لنواحي الضعف ، وهكذا فإن هناك سلسلة واسعة من العوامل أو المتغيرات تكون ضرورية لتعريف أو تحديد مدى المصاعب التي تواجه الطفل والأسرة ، وهذا بدوره يقيس تأثير التدخل العلاجي ، وقد تكون التدخلات العلاجية فعالة على المدى القصير في خفض حدة الأعراض المرضية ، ومع وجود أوجه القصور السابقة ، تم تحديد عدد من الأساليب العلاجية التي تأتى بنتائج طيبة عند استخدامها في علاج اضطرابات السلوك الفوضوي ومن ثم تعد هذه الأساليب واعدة وفعالة في العلاج .

ويتسم الأفراد ذوى اضطرابات السلوك الفوضوي بشخصية معادية أو مضادة للمجتمع ؛ ولذا يجب إيجاد الطرق الفعالة لعلاجهم وصرفهم عن ارتكاب الأعمال العنيفة والمعادية للمجتمع ، ومعظم هؤلاء الأفراد ينخرطون

في عالم الجريمة وقد يحبسون في السجون بين الحين والآخر ، وقد يرتدون إلى ممارسة العنف والإجرام بعد خروجهم من السجن أو الإصلاحية حيث يرتكبون المزيد من الأعمال الإجرامية ، ومن أهم المشكلات التي يواجهها المجتمع هي كيفية التعامل مع هذه الفئة المنحلة أخلاقياً والمعدومة الضمير ، وكثير من أشكال العلاج يتم تجربتها خلال حياة الأطفال الصغار الذين لديهم مشكلات حادة في المسلك ، وعادةً يبدأ العلاج خلال سنوات ما قبل دخول المدرسة ، أو كما هو معتاد غالباً عندما تكون الحالة حادة أو شديدة ، وتفيد الاتصالات المستمرة مع الجهات أو المؤسسات التعليمية ، ومؤسسات الصحة النفسية ، ومؤسسات وزارة العدل في تحويل الأطفال إلى مراكز العلاج المتعددة ، وأكثر العلاجات الواعدة أو الناجحة تستخدم تركيبة من الطرائق التي يتم تطبيقها عبر المواقع الفردية والأسرية والمدرسية والمجتمعية ، وبالإضافة إلى ذلك يحتاج العلاج غالباً تناول المشكلات الأسرية التي لها علاقة بموضوع الاضطراب كالاكتئاب عند الأمهات ، والتنافر بين الزوجين ، والإساءة ، وغير ذلك من المنغصات ، وذلك إذا أردنا أن نعمم ونستمر في فوائد العلاج ..

ويفهم معظم الناس أن الإساءة ، والخلل الأسرى ، والطرد من المدرسة ، والارتباط بالأقران المنحرفين ، والعيش في مناطق تزداد فيها معدلات الجريمة ، وغياب الإشراف الوالدي كل ذلك يساهم في وجود المشكلات السلوكية ، ومع ذلك فرغم هذا الاعتراف فإن هناك الكثير من العلاجات مثل العلاج الفردي ، والعلاج الجماعي التي تفيد هذه الفئة من الأفراد ، ورغم نقص الفاعلية في علاج السلوكيات الخطيرة المضادة للمجتمع تتوافر برامج للإرشاد الفردي والعلاج الأسرى ، ومما يجب الإشارة إليه أن العلاجات الجماعية التي تجمع المراهقين المعادين للمجتمع معاً قد تزيد الأمور سوءاً وتعمل على تفاقم المشكلة لأن الارتباط بالأفراد الذين

تجمعهم نفس الميول والرغبات يشجع غالباً على ارتكاب السلوكيات المعادية للمجتمع .

الحاجة إلى علاج السلوك الفوضوي :

يحتاج الأطفال الذين تنطبق عليهم المعايير أو المحكات الخاصة بتشخيص اضطراب العناد والتحدي أو اضطراب المسلك إلى رعاية الطبيب النفسي أو الأخصائي النفسي الذي يستطيع أن يعمل بالاشتراك مع أخصائي الرعاية الصحية الأساسية للأطفال ، وتميل أو تتجه اضطرابات السلوك الفوضوي إلى أن تكون حالات مزمنة ، وينبغي وضع ذلك في الاعتبار عند تخطيط العلاج ، فالعلاجات تكون أكثر فاعلية وتأثيراً إذا تم البدء فيها مبكراً وينبغي أن يكون التدخل الاجتماعي النفسي المنظم الخط الأول لعلاج اضطراب العناد والتحدي واضطراب المسلك ، ويجب أن تتضمن العلاجات الوالدين ، وفي معظم الحالات فإن الأهداف الرئيسية للعلاج تتضمن تحسين المهارات الوالدية والتفاعلات بين الوالدين والطفل .

ونظراً لأن انتشار اضطرابات السلوك الفوضى لدى الأطفال في تزايد مستمر وتمثل مشكلة تتعلق بتفاعل لا مثيل له بين المصاعب الفردية والظروف البيئية فإن الأمر يستدعى الحاجة إلى تقديم كافة الخدمات الممكنة ومساعدة هذه الأسر تعتبر ضرورية نظراً للحقيقة التي تفيد بأن هؤلاء الأطفال يواجهون خطورة كبيرة من جراء نبذهم من أقرانهم أو الإساءة إليهم من جانب والديهم أو ذويهم (فان لير Van Lier ، ٢٠٠٢) .

وبالتالي يجب توجيه العلاج إلى الأسرة والمدرسة والحي بالإضافة إلى الظروف المرتبطة بالطفل مما يتطلب نظام له مجموعة متنوعة من التدخلات والتنسيق بين الخدمات المتعددة ، ويجب أن تكون مراكز العلاج والإقامة

قادرة على توفير هذه الأنواع من الخدمات الحيوية .

ومراكز العلاج والإقامة هي نوع من التدخل المتعلق بالصحة النفسية يقدم بيئة للمعيشة وعلاجاً طبياً نفسياً وتعليمياً خاصاً للأطفال والمراهقين ، وتوجد مجموعة متنوعة من البرامج التي تقدم في مراكز العلاج والإقامة المتاحة ، وأكثر هذه البرامج شيوعاً يتضمن البيوت الجماعية والبيوت الأسرية القائمة على المجتمع وبالإضافة إلى ذلك فإن التوجهات النظرية التي تدفع هذه البرامج تتنوع من النظريات التحليلية النفسية إلى النظريات السلوكية أو مجموعة من النظريات المتعددة التي تعمل مع الأسرة أو مع الطفل بدرجة أساسية ، وعلاوة على ذلك تعتمد العديد من مراكز الإقامة والعلاج على المدارس العامة من أجل التعليم ، وبعض المراكز لها برامجها التعليمية الخاصة بها داخل هذه المرافق (شامبرلاين Chamberlain ، ١٩٩٩) .

وفي دراسة قام بها جوليان وآخرون Julian et al. (١٩٩٢) اعتمدت على مجموعة كلية قوامها ٢٥ طفلاً من التابعين لهيئة إقليمية للصحة النفسية ، وجد أن ٣٩% من الخدمات الاجتماعية المستخدمة لمساعدة الأطفال هي الخدمات التي تقدم للأفراد المقيمين ، وكانت غالبية هذه الخدمات تتعلق بالخدمات السكنية أو الرعاية التي يتم تقديمها للمقيمين لتلقى هذه الخدمات ، وتقترح هذه الدراسة الاعتماد المكثف على العلاج الذي يتضمن الإقامة وذلك في مجموعة متنوعة من المواقع لمساعدة الأطفال والمراهقين الذين في حاجة إلى خدمات الصحة النفسية ، ولقد تم تحديد اضطرابات السلوك الفوضوي على أنها السبب الأكبر والأكثر تكراراً لإحالة أو تحويل الأطفال والمراهقين إلى عيادات الطب النفسي .

ولقد تطورت مراكز العلاج المزودة بأماكن للإقامة لتعـالج الأطفـال والمراهقين المضطربين نفسياً والذين يحتاجون إلى بيئة متسقة أو متوافقـة ومستقرة تقدم مستوى عالٍ للمراقبة الطبية النفسية ، وتقـدم هـذه المراكـز مجموعة متنوعة من العلاجات تتضمن الإدارة السلوكية ، والعلاج النفسي ، والعلاج الدوائي (كابلان وسادوك Kaplan & Sadock ، ١٩٩٨) .

وقبل فترة التسعينيات من القرن الماضـي ازدادت مراكـز العـلاج السكنية للأطفال والمراهقين وذلك يرجع إلى عدة أسباب منها الاهتمام الأكبر باحتياجات الأطفال والمراهقين ، والفهم المتزايد بأن اضـطراباتهم النفـسية تمثل المرض وليس بالأحرى قصور في نمو الجانب الخلقـي (باترسـون وآخرون Patterson et al. ، ١٩٩٧) ، وأظهرت نتائج عديد من الدراسات وجود نسبة ليست قليلة وفي ازدياد مستمر من الشباب الذين يعـانون مـن مشكلات حادة في المسلك يتلقون علاجاً داخل المراكز العلاجية بالولايـات المتحدة الأمريكية (شامبرلاين وآخرون Chemberlain et al. ، ١٩٩٦) .

الأداء الوظيفي الأسرى :

تقترح البحوث وجود سمات أسرية معينة تضع الأطفال في خطـورة معينة من جراء حدوث المشكلات السلوكية ، ومن أهـم هـذه الـسمـات الدخل المنخفض ، والتعليم المتدني ، والحمـل فـي مرحلـة المراهقـة ، والمستويات العالية من الضغوط ، وكذلك المستويات العالية للفقر ، كما يقدم عدد من الباحثين مبادئ إرشادية للممارسة بالنسبة لاضطراب نقص الانتبـاه المصحوب بالنشاط الزائد تؤيد التقدير أو التقييم المتعدد الطرق ، ويوصـون بوجود مقاييس مقننة للتقدير إلى جانب إجراء المقـابلات الشخـصية مـع الوالدين والطفل ، وأن تكون المقاييس المقننة للتقدير مستمدة مـن الوالـدين والمعلمين الحاليين أو السابقين ، ومن الفحص الجسمي للطفل أيضاً ، ومـن

المهم أيضاً استخدام الاختبارات المقننة التقليدية للذكاء ، والتحصيل ، والشخصية لتحديد أو التعرف على المشكلات الممكنة أو المحتملة الأخرى ، وللمساعدة في صياغة التشخيص ، كما أوضحوا أن تقدير الطفل الذي لديه اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ينبغي أن يتضمن تقدير للحالات المرضية المصاحبة مثل اضطراب العناد والتحدي ، واضطراب المسلك ، واضطراب الحالة المزاجية ، والقلق ، وأوجه العجز في التعلم ، ومع ذلك لم يوصوا بوجود اختبارات تشخيصية أخرى مثل مستوى الرصاص في الدم ومستوى هرمون الغدة الدرقية ، ودراسات تصوير أو رسم المخ ، أو اختبارات الأداء المستمر (شوتر وآخرون Schutter et al. ، ٢٠١١ ؛ فاريل Farrell ، ٢٠١١) .

وهذا التقدير المتعدد الطرق يمكن أن يدمج ميزة للتقدير القائم على التجربة العملية والمعايير التشخيصية للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية ، وتتمثل ميزة التقدير القائم على التجربة العملية في أن الأعراض الكلينيكية المتعددة تعكس في الحقيقة أنماط المشكلات التي تحدث معاً ، ومقاييس تقدير الوالد والمعلم لا تتطلب من المقدر أن يختار بين وجود أو غياب كل عرض مرضى بل يطلب من المقدر أن يحدد الدرجة التي يُظهر فيها الفرد كل عرض مرضى وذلك باستخدام مصطلحات مثل هذا السلوك لا يحدث مطلقاً ، وهذا السلوك يحدث أحياناً ، وهذا السلوك يتكرر كثيراً ، وهذا السلوك يتكرر كثيراً جداً ، وهذا السلوك يحدث طوال الوقت ، كذلك يطلب من المقدر أن يحدد مجموعة المشكلات التي تحدث معاً أو في وقت متزامن والتي ينظر إليها بعد ذلك على أنها مجموعة من الأعراض المرضية التي تحدث معاً ، وأوضحت نتائج دراسات متعددة أن اضطرابات السلوك الفوضوي المتمثلة في اضطراب المسلك ، واضطراب العناد والتحدي ، واضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط

الزائد كانت متشابهة تماماً في الأعراض المرضية القائمة علـى الجوانـب العملية ، وفيما يلي وصف للعديد من أدوات التقـدير التـي تـستخدم فـي تشخيص اضطراب السلوك الفوضوي والمشكلات الأخرى التي تحدث فـي مرحلة الطفولة .

تشخيص وعلاج اضطرابات السلوك الفوضوي :

يتم لفت انتباه الكلينيكيون للسلوك الفوضوي لأنه يسبب كرباً للآخرين ولا يتمشى مع المعايير الاجتماعية التي تحكم التفاعلات الاجتماعية ، وحتى عندما يتم تحديده وعلاجه مبكراً فإن اضطراب السلوك الفوضـوي يـرتبط غالباً وليس دائمـاً بالمزيـد مـن الـسلوك الفوضـوي الأكثـر خطـورة وبالتشخيصات الطبية النفسية في مراحل النمو المتأخرة (بـرد وآخـرون Bird et al. ، ٢٠٠٦) ، وتشمل اضطرابات الـسلوك الفوضـوي ثـلاث تصنيفات هي اضطراب نقـص الانتبـاه المـصحوب بالنـشاط الزائـد ، واضطراب المسلك ، واضطراب العناد والتحدي ، وهذه الحالات تتواجد مع بعضها البعض بطريقة متكررة (بايلى وآخرون Bailey et al. ، ٢٠١٣) ، وفي مقارنة تفصيلية للأطفال الـذين لـديهم اضـطراب العنـاد والتحـدي واضطراب المسلك توصل عدد كبير من الباحثين إلى أن معظـم الأطفـال الخاضعين للدراسة والذين تم تشخيصهم بما يفيد وجود اضطراب المـسلك انطبقت عليهم المعايير الخاصة بتشخيص اضطراب العناد والتحدي .

إجراء المقابلات المقننة :

تستخدم المقابلات التشخيصية Diagnostic Interviews فـي تقيـيم اختلال الأداء الوظيفي للأطفال والمراهقين وفي مثل هذه المقابلات يتم مقابلة الوالدين والطفل كل منهما على حدة أوكليهما معاً بهدف تقييم مـدى وجـود الأعراض المرضية وكذلك مدى حدتها بهدف التوصل إلى تشخيص للحالـة

في ضوء نسق تشخيصي معين يتمثل في محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (DSM-IV-TR) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام ٢٠٠٠ ، أو محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية (DSM-5) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام ٢٠١٣ ، ويجب أخذ التاريخ الأسرى الشامل في الاعتبار والذي يتضمن أسئلة عن مشكلات السلوك الفوضوي داخل الأسرة ، ومعلومات وصفية عن الوالدين والطفل عن المواقف التي تظهر فيها المشكلات السلوكية ، وهناك العديد من مقاييس تقدير السلوك Rating Scales التي يمكن استخدامها لنفس الغرض ، ومنها على سبيل المثال :

- مقياس كونرز للتقدير الذاتي **Conners Rating Scale (CRS)** : تم إعداد هذا المقياس لتقدير النشاط الزائد من منظور الوالدين والمعلمين للطفل ، ويتكون المقياس من ٤٨ فقرة أو عبارة مرتبة على مقياس مكون من ٤ نقاط ، وهذا المقياس يميز بين الأطفال ذوى النشاط الزائد والأطفال العاديين ، وتتوافر مقاييس منفصلة للأطفال من عمر الثانية إلى السابعة عشر ، ويستغرق المقياس وقتاً طويلاً في التصحيح ، ولتلافي هذا العيب يمكن استخدام استمارة التصحيح السريع التي لا تعتمد على استخدام ورق الكربون ؛ حيث يمكن حساب الدرجات في وقت أسرع بكثير .

- قائمة سلوك الطفل **Child Behavior Checklist (CBCL)** : تعد قائمة سلوك الطفل التي أعدها أكينباتش Achenbach (١٩٩١أ) بمثابة أداة يقوم الوالدان بتقييم العبارات المتضمنة فيها والتي تصف مجموعة من السمات التي قد تنطبق على أطفالهم ، وتتضمن هذه القائمة ١١٨ فقرة أو عبارة تشير إلى عدد من المشكلات السلوكية يتم تقييمها على مقياس

متدرج من ثلاث نقاط تتراوح بين صفر (لا تنطبق) إلى اثنين (تنطبق تماماً) ، وتشمل القائمة على المقاييس الفرعية التالية : الانسحاب الاجتماعي ، والمشكلات المتعلقة بالانتباه ، والعدوان وذلك طبقاً لعمر ونوع الطفل ، ويتم تقييم الاستجابات على القائمة بشكل مستقل بالنسبة للمفحوصين في المستويات العمرية المختلفة ، والقائمة تميز بطريقة فعالة بين الأفراد المحولين للعيادات والأطفال العاديين ، ونسخ التصحيح اليدوي لقائمة سلوك الطفل تتطلب وقتاً كبيراً في التصحيح ، أما استمارة أو نسخة التصحيح باستخدام الكمبيوتر تعتبر سريعة إلى حد كبير .

- مقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي :

أعد هذا المقياس مجدي الدسوقي (٢٠١٤أ) وذلك لتقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي ، ويتكون المقياس من ٤٨ عبارة أو مفردة تشير إلى عدد من الأعراض السلوكية التي يتضمنها الاضطراب ويتم تقييم هذه الأعراض السلوكية على مقياس متدرج مكون من خمسة اختيارات تتراوح من صفر (هذا السلوك لا يحدث مطلقاً) إلى أربعة (هذا السلوك يحدث طول الوقت) ، ويشمل المقياس مجموعة من المقاييس الفرعية هي : السلوك العدواني ، العناد والتحدي ، نقص الانتباه ، النشاط الزائد ، الاندفاعية ، انتهاك القواعد ، الاحتيال والسرقة ، وتم تقنين المقياس على تلاميذ المدارس الابتدائية والإعدادية والثانوية وكذلك طلاب الجامعة ، وللمقياس ثلاث صور هي الصورة (أ) صورة المعلم ، والصورة (ب) صورة الوالد ، صورة المراهق ، والمقياس منشور بمكتبة الأنجلو المصرية ودار جوانا للنشر والتوزيع .

العلاجات النفسية :

تُعد العلاجات النفسية مهمة جداً في علاج السلوكيات الفوضوية ،

وتتضمن هذه العلاجات النفسية تدريب الوالدين على الإدارة ، والتدخلات المتعددة الطرق أو الأساليب مثل العلاج متعدد النظم Multisystemic Therapy ، والتدخلات الفردية مثل العلاج السلوكي المعرفي Cognitive Behavior Therapy ، وتدريب الوالدين على الإدارة أو حسن التصرف Parent Management Training هو تدخل فعال والنظرية التي يكمن وراءها هذا التدخل هي أن السلوك الفوضوي يرجع للتفاعل غير التوافقي بين الوالدين والطفل ، وبالتالي يعتمد على تعليم الوالدين مجموعة جديدة من المهارات التي يجب استخدامها مع الطفل ، وتتضمن هذه المهارات طرق المكافأة أو إثابة السلوكيات الحسنة ومقاومة السلوكيات التي تنم عن عدم الامتثال والتحدي إلى جانب وجود والد ملتزم أو والدة ملتزمة ، ولا يكون هذا التدخل ناجحاً مع الأسر التي يوجد بها خلل وظيفي كبير (رى وآخرون Rey et al. ، ٢٠٠٧) .

وتتضمن التدخلات المتعددة الأساليب نظاماً أكثر شمولية من أجل التغيير ، وعلى الرغم من أن تدريب الوالدين على الإدارة أو حسن التصرف لا يحسن بالضرورة من قدرة الطفل على عمل صداقات ، أو يؤدى أداءً حسناً في المدرسة ، فإن التدخلات المتعددة الأساليب تساعد الطفل على تحسين مهاراته في حل المشكلات وتحسين الأداء التعليمي لهن وبعض البرامج المتعددة الأساليب كالعلاج متعدد النظم تستهدف الأطفال والمراهقين الذين لديهم اضطراب حاد في المسلك والأسر والمدارس معاً (بوركى وآخرون Burke et al. ، ٢٠٠٢) .

وتتضمن التدخلات الفردية تزويد الأطفال بمهارات حل المشكلات ؛ حيث يتم تعليم الأطفال أن يجدوا حلولاً توافقية لمشكلاتهم ، وذلك من خلال

استخدام التعليم في مجالات مثل التصرف حيال الغضب ، وتنمية المهـارات الاجتماعية والتكنيكات مثل لعب الأدوار ، وعمل نماذج للسلوك (النمذجـة السلوكية) ، والقصص ، واستخدام الألعاب ، وفي بعض الحـالات يكـون العلاج السلوكي المعرفي ، والعلاج النهاري Day Treatment جـزءاً مـن التدخل ، والتدخلات الفردية تكون فعالة بشكل كبير جـداً عنـد اسـتخدامها بالاشتراك مع برنامج علاجي أوسع يتناول التدخلات الوالدية والاجتماعيـة والمدرسية (ري وآخرون .Rey et al ، ٢٠٠٧) .

١ – تدريب الوالدين : Parent Training

إن تعليم الوالدين الأساليب الفنية لإدارة السلوك الجيد هو دعامة علاج السلوك بالنسبة للأطفال الذين يتسمون بالعناد والتحدي ويتم إعطاء الوالدين كتيب إرشادي أو دليل للعلاج ، ويتم قراءة أجزاء منه كواجب منزلي يعطى لهـم ، ويقوم المعالجون باستخدام هذه الكتب الإرشادية كمخطـط تفـصيلي لإجراء التدخلات العلاجية ، وتدريب الوالدين القائم على التدخلات المتعلقـة بالتعلم الاجتماعي يُعد فعالاً لخفض حدة السلوك المنحرف لدى الذكور ، وقام كازدين Kazdin (١٩٩٥) بالتعليق على فاعلية تدريب الوالدين ، وذكر أنه ربما لا يوجد أسلوب فني أو تكنيك لعلاج مشكلات المسلك عند الأطفال تـم توثيقه بدقة وتأييده بطريقة عملية كتدريب الوالدين ، ويتكون التدخل الخاص بتدريب الوالدين عادة من ٨ – ١٠ جلسات يتم فيها أولاً تعليم الوالـدين أن ينتبهوا للسلوك الملائم وأن يتجاهلوا السلوكيات الصغرى غيـر الملائمـة ، وبعد ذلك يتم تعليم الوالدين كيفية إصـدار الأوامـر ، واسـتخدام التعزيـز للامتثال ، واستخدام الإبعاد المؤقت أو التايم أوت Time Out لعدم الامتثال ، كما تم استخدام إجراءات للتدريس تتمثل في التعلـيم الإرشـادي ، وعمـل النماذج ، ولعب الأدوار والتفاعل مع الطفل في العيادة ، وتخصيص وقـت

لممارسة المهارات في البيت وعند المتابعة فإن الأطفال الذين تم علاجهم عند مقارنتهم بالمجموعة الضابطة غير الكلينيكية لم يختلفوا في الأداء الوظيفي عبر مجالات متعددة تتضمن الانحراف ، والتوافق النفسي ، والأداء الأكاديمي والعلاقة مع الوالدين .

وقام كريستوفيرسين Christophersen (١٩٩٠) بنشر مجموعة متشابهة للتوصيات المتعلقة بتعليم الوالدين كيفية تغيير الطريقة التي يتفاعلون من خلالها مع أطفالهم غير الممتثلين ، ويتطلب الأطفال حديثي الولادة ، والأطفال الرضع الصغار الكثير من التواجد أو الالتصاق مع والديهم ، وعندما يكبرون في العمر وتتغير سماتهم ومتطلباتهم يقل هذا التواجد أو الالتصاق ، وعندما يصبح عمر الأطفال أربع سنوات يتم تدريبهم على الإخراج أو استخدام المرحاض وارتداء ملابسهم وخلع ملابسهم وتغذية أنفسهم والاستحمام ، وهناك العديد من الأشياء التي يستطيع أهل الطفل القيام بها للمساعدة في جعل العلاقة مع الطفل طبيعية ومتوازنة منها :

أ- **القرب أو التجاور الجسدي** : يجب أن يكون الطفل قريباً من والديه عند تناول الطعام ، أو أثناء وجودهما في المطعم ، أو أثناء وجودهما في متجر للتسوق ، أو عندما يكون الوالدان في صحبة الآخرين ؛ حيث لا يتطلب وجود الطفل بجانب والديه في بذل مجهوداً إضافياً ، والاتصال الجسدي غير اللفظي يشعر الطفل بالحب والحنان ؛ لذلك يجب على الأب والأم أن يلمسا الطفل ١٠٠ مرة لمدة ثانية أو ثانيتين كل يوم مناصفة بينهما ، ويجب أن يكون ذلك في أي وقت لا يقوم فيه بارتكاب خطأ أو يقوم بعمل شئ لا تستحسنه أو لا توافق عليه .

ب- **التوبيخات اللفظية** : لا يمتلك الأطفال المهارات اللفظية التي يمتلكها

الكبار ويقوم الكبار بإرسال رسائل يساء فهمها من جانب الأطفال ، فالأطفال يفسرون التوبيخات اللفظية والشكاوى المستمرة ويعتبرونها علامات على أن أهلهم لا يحبونهم ؛ لذا يجب على الآباء دائماً أن يضعا في اعتبارهما التعبير التالي : إذا لم يكن لديك شئ لطيف تقوله فلا تقل أي شئ على الإطلاق .

ج- **الاتصال غير اللفظي** : يجب على الآباء أن يكون اتصالهم بأطفالهم غير لفظياً ، فمع الأطفال الصغار يكون للاتصال غير اللفظي تأثير مهدئ عادة ، بينما المدح اللفظي والتعليقات العامة تجعل الطفل يقاطع ما يقوم بعمله .

د- **اللعب المستقل** : يحتاج الأطفال أن يكون لديهم وقت خاص بهم أي وقت يستطيعون من خلاله أن يلعبوا ويضعوا أشياء في أفواههم أو يحملقون في الفضاء أو المكان الذي يتواجدون فيه ، ومما يجب التأكيد عليه أنه على الرغم من أن الطفل قد يتذمر عندما يكون محبطاً ، فإنه لا يتعلم أبداً أن يتعامل مع الإحباط إذا كان الأب دائماً معه ليساعده ، وإعطاء الأطفال حرية كافية لاكتشاف البيئة الخاصة بهم تجعلهم يتعلمون المهارات التي يمكن أن يستخدمونها بقية حياتهم ، ويجب إضافة المرونة على استخدام المكافآت أو الإثابات الملموسة عند التعامل مع الأطفال والمراهقين ، فعلى سبيل المثال عندما يكون الطفل قد أكمل مهمة مطلوبة سواء كانت هذه المهمة هي أداء الواجب المنزلي أو عمل من أعمال المنزل أو تفاعل اجتماعي يتم تقديم شئ رمزي له يمكن تبادله فيما بعد بغيره من المكافآت ويمكن أيضاً استخدام الأشياء الرمزية لمكافأة الأطفال نظير ممارسة المهارات التي يعملون على اكتسابها مثل مهارات إدارة الغضب ، ويساعد استخدام الشيء الرمزي الذي يمكن أن يتخذ شكل الشرائح أو

القطع المعدنية أو نقطة مكتسبة على بطاقة نقاط على تقليل التأخير الرمزي بين الوقت الذي يقوم فيه الطفل باستكمال النشاط ، والوقت الذي يكون فيه الطفل قادراً على أن يستخدم المكافأة .

ويؤكد فان لير وآخرون .Van Lier et al (٢٠٠٤) على أن العينات السكانية من الأطفال الذين شملهم الاقتصاد الرمزي* أو الربح الرمزي Token Economy تتراوح من أطفال لديهم تخلف عقلي إلى أطفال موهوبين بالإضافة إلى الأطفال الذين لديهم مجموعة متسقة ومتنوعة من المشكلات السلوكية والطبية ، ويتم تنفيذ الربح الرمزي عن طريق الوالدين في البيت أو من خلال الكلينيكيين كجزء من تدخل لتحسين سلوك الطفل ، ولذا فإن الاقتصاديات الرمزية التي تم تنفيذها في مواقع مؤسسية بما في ذلك المدارس يجب التركيز عليها لأنها تتعلق أو ترتبط بسلوك الأطفال في البيت ، ويهدف تنفيذ الاقتصاديات الرمزية تقليل أو خفض مشكلات السلوك الشائعة في مرحلة الطفولة في المنزل والمدرسة .

والمبرر أو السبب العقلاني لتدريب الوالدين هو أن المشكلات مثل اضطرابات السلوك عند الأطفال ترتبط بأنماط غير ملائمة تتعلق بالتفاعل الأسرى ، ومن المحتمل أن تؤدى هذه الأنماط إلى نتائج إيجابية في سلوك الطفل ، ومن الناحية النمطية يقوم تدريب الوالدين على مبادئ العلاج السلوكي المستمدة من نظرية التعلم الاجتماعي ، وقد يتضمن ذلك لعب الأدوار ، والبروفة السلوكية Behavioral Rehearsal وتدريبات كواجب

---

* الاقتصاد الرمزي أو الربح الرمزي علاج سلوكي يستخدم في المستشفيات أو الصفوف الدراسية ؛ حيث يعزز السلوك المرغوب فيه بتقديم أشياء رمزية كالنجوم أو العملات الرمزية ، ويقوم الفرد باستبدالها فيما بعد بأشياء محببة إلى نفسه ، ويجب تحديد قائمة بالسلوكيات المرغوبة وتحديد النجوم أو العملات الرمزية التي يحصل عليها الفرد مقابل أداء كل سلوك .

منزلي ، وتتضمن التدخلات التي تستخدم تدريب الوالدين ما يلي :

- برنامج سلسلة التدريب للسنوات الصعبة أو التي لا يمكن تصديقها The Incredible Years Training Series' Program (ويبستر – ستراتون وريد Webster-Stratton & Reid ، ٢٠٠٣أ) .
- برنامج مركز أوريجون للتعلم الاجتماعي The Oregon Social Learning Center Program (باترسون وفورجاتش Patterson & Forgatch ، ١٩٩٥) .
- العلاج التفاعلي بين الوالدين والطفل Parent-Child Interaction Therapy (أيبرج وآخرون Eyberg et al. ، ١٩٩٥) .

وتتكون سلسلة التدريب للسنوات الصعبة من ثلاثة مناهج تدريبية للوالدين والأطفال الذين تتراوح أعمارهم من سنتين إلى ثمان سنوات ، وكذلك المعلمين ، وتسعى إلى تحسين كفاءة الوالدين عن طريق تشجيعهم على العمل معاً ، وزيادة الأسلوب الوالدي الإيجابي وتقليل الأسلوب الوالدي السلبي .

وتم استخدام برنامج مركز أوريجون للتعلم الاجتماعي في سلسلة من السياقات ، وهذا البرنامج يتناول العدوان وعدم الامتثال عند الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من ٣ – ١٢ سنة ، ويبدأ عادة بتحديد كيف يمكن لمبادئ التعلم الاجتماعي أن يتم تطبيقها على الحياة الأسرية ، ويتعلم الوالدان أن يحددوا ويتتبعوا العديد من سلوكيات طفلهم ، ويركز الوالدان عادة على سلوكيين أو ثلاثة سلوكيات تهمهم مثل عدم الامتثال ومجادلة الكبار والسلوك العدواني ، ويقومون بمراقبة هذه السلوكيات لمدة ساعة يومياً خلال أسبوع ، وبعد ذلك يقدم البرنامج تعزيزاً إيجابياً باستخدام نقاط مثل التعزيز الاجتماعي بما في ذلك المدح ، ويتعلم الوالدان استخدام نظام الحرمان من الأنشطة

الترفيهية أو الإبعاد المؤقت Time Out بالنسبة للأطفال غير الممتثلين والعدوانيين ، ويتم استخدام العقاب المعتدل ، والحرمان من الامتيازات ، ويتم أيضاً تعليمهم استراتيجيات التفاوض وحل المشكلات للمساعدة في الأزمات الأسرية ، والمصاعب الزوجية (باتيرسون وفورجاتش Patterson & Forgatch ، ١٩٩٥) .

ويهدف العلاج التفاعلي بين الوالدين والطفل إلى تعليم الوالد أو الوالدة كيفية تطوير علاقة دافئة ومتعاطفة مع الطفل ، وتعليم الطفل كيف يسلك أو يتصرف بطريقة ملائمة ، كما أن تطوير الوالدان لمهارات اللعب بدون تعليمات رسمية يؤدى إلى تحسين نوعية العلاقة بين الطفل ووالديه ، وبعد ذلك وفي إطار التفاعل بين الطفل ووالديه يتعلم الوالدان أن يوجهوا لعب طفلهم بتعليمات مباشرة ، ويسعى الوالدان إلى تأسيس نتائج متوافقة باستخدام المدح عند الامتثال والحرمان المؤقت عند عدم الامتثال ، وفي دراسة سابقة عن العلاج التفاعلي بين الوالدين والطفل أظهرت النتائج حدوث تحسن في السلوك داخل حجرة الدراسة ، والدراسات المتتالية اتجهت إلى التأكيد على نجاح طريقة تعميم السلوك الملائم على حجرة الدراسة (فاندربورك وآخرون .Funderburk et al ، ١٩٩٨) .

وهناك العديد من العوامل التي تجعل تدريب الوالدين أكثر فاعلية وتأثيراً ومن بين هذه العوامل ما يلي :

- العلاقة الدافئة مع الأطفال .
- صغر سن الأطفال .
- ضعف حدة الانزعاج من السلوك أو التصرف .
- تواجد الوالدان معاً .

- ضعف تأثير المستوى الاجتماعي الاقتصادي .

٢- التدريب على المهارات الاجتماعية : Social Skills Training

هناك اتجاه يفيد بأن الانزعاج من اضطراب المسلك يرتبط بأوجه عجز في تشغيل المعلومات ، وتمشياً مع هذا الرأي فمن المقترح أن الطفل الذي لديه اضطراب المسلك يميل إلى أن يكون لديه تقديرات مشوهة للأحداث الاجتماعية ، ولهذا فمن المفترض أنه سيستفيد من العلاجات التي تهدف إلى تعديل هذه التشويهات أو التحريفات والتي تؤدى إلى وجود قدرة أفضل على تنظيم استجاباته النفسية أو الانفعالية .

وتم تصميم هذا الأسلوب العلاجي للتغلب على أوجه العجز في المعرفة الاجتماعية ، وكذلك حل المشكلات الاجتماعية التي يمر بها الكثير من الأطفال والمراهقين الذين لديهم اضطرابات سلوكية ، ومعظم برامج التدريب على المهارات الاجتماعية تشمل طريقة ما لجعل الطفل يكف عن الاستجابة الاندفاعية أو الاستجابة الغاضبة ، وهذا يسمح للطفل أن يمر بسلسلة من خطوات حل المشكلة (على سبيل المثال كيف يتم التعرف على المشكلات ؟ ، وكيفية التفكير في الاستجابات البديلة ، وكيفية اختيار أفضل طريقة ممكنة ومتوافقة للتعامل بمزيد من الفاعلية مع المشكلات التي يتم مواجهتها أثناء التعامل مع الرفاق ، ورغم بعض الأمور الشائعة فإن البرامج المتعددة لها بالفعل تأكيدات مختلفة إلى حد ما ، فعلى سبيل المثال فإن برامج التدريب على التعلم الذاتي Self-Instructional Training Program تركز بدرجة كبيرة على الكف أو منع الاستجابة الاندفاعية ، وبرنامج التصرف حيال الغضب Anger Coping Program يركز على تغيير التحيزات الإدراكية فيما يتعلق بنية الرفاق وذلك باستخدام منظور التدريب على تولى

المهمة والارتقاء بالاستراتيجيات البديلة في التفكير (لوكمان Lochman ، ١٩٩٢) ، ويقوم المعالج بدور إيجابي في هذه البرامج يتمثل في عمل نماذج للمهارات التي يتم تعلمها ، ولعب الأدوار للمواقف الاجتماعية ، وتوصيل التغذية المرتدة ، ومدح استخدام المهارات الملائمة ، ومعظم البرامج يتم تصميمها لتلائم سمات المجموعة خوفاً أو تجنباً للأخطار المحتملة في حالة وجود الأفراد الذين لديهم سمات معادية للمجتمع (ديشون وآخرون Dishion et al. ، ١٩٩٩) .

والتحديات أو أوجه القصور الهامة لفاعلية أو كفاءة معظم البرامج السلوكية المعرفية تتمثل في الصعوبات التي يتم مواجهتها عند جعل الأطفال يستخدمون المهارات التي تعلموها خارج المقر العلاجي ، والمحافظة على المهارات خلال فترة ممتدة من الزمن بعد انتهاء التدخل العلاجي (لوكمان Lochman ، ١٩٩٢) ، وللارتقاء وزيادة عملية التعميم تم تصميم العديد من البرامج لكي يتم تنفيذها خارج المكان النمطي لتقديم الخدمات الصحية والنفسية حتى يمكن تنفيذ أو تعليم المهارات في البيئة التي سوف تستخدم فيها هذه المهارات ، وأيضاً للارتقاء ولزيادة عملية التعميم فإن معظم البرامج تتضمن ممارسة المهارات في أماكن مختلفة ، ومع ذلك فالأهم هو أن هذه البرامج تتضمن الأفراد الموجودين في البيئة الطبيعية للطفل كالوالدين والمعلمين لكي يبدءون في استخدام هذه المهارات خارج السياق العلاجي .

٣- التدريب على إدارة / ضبط الغضب :

Anger Management Training

يشير لوكمان وآخرون Lochman et al. (٢٠٠٣) إلى أن إحدى طرق التدريب على ضبط الغضب بالنسبة للأطفال العدوانيين هي استخدام نموذج معرفي اجتماعي سياقي Contextual Social Cognitive للمنع ،

ومع تحديد الوسطاء المحتملين لسلوك المراهق المعـادى للمجتمـع الـذين يساهمون بدور كبير في قلة الكفاءة الاجتماعية والانضباط الردئ للطفـل ، وفي إطار هذا النموذج تم تطوير برنامج المجاهدة مـع الغـضب Anger Coping Program والذي يتضمن جلسات مثل :

- استخدام التعلم الذاتي .
- وضع الفرد نفسه موضع الآخرين وتمثل آرائهم .
- الاختيارات والنتائج .
- خطوات حل المشكلة .

وتضمنت استراتيجية قوة المجاهدة Coping Power الأطفـال الـذين لديهم مشكلات سلوكية ، وتم إجراء ثلاثة وثلاثين جلسة للأطفال بالمدرسة ، وقام الأطفال بمراجعة أمثلة للتفاعلات الاجتماعية ومناقشة الدوافع والمفاتيح الاجتماعية ، وتمت ممارسة مهارات معينة للـتحكم فـي إثـارة الغـضب بالإضافة إلى استراتيجيات ضبط أو التحكم في الغضب مثل التحـدث إلـى الذات ، والدليل المستمد من هذه التدخلات يوضح أن التدريب على المهارات الاجتماعية والتدريب على مهارات المجاهدة لضبط الغضب يمكن أن يساعد على تقليل مشكلات المسلك الأقل حدة في مرحلة ما قبل المجاهدة (فاريـل Farrell ، ٢٠١١) .

ويُعد التدريب على ضبط الغضب طريقـة واعـدة لتعلـيم الأطفـال العدوانيين ضبط النفس في المواقف المسببة للغضب والاستفزاز ، وفي هذه الطريقة يتم تعليم الأطفال أن يتحملوا الهجوم اللفظي بـدون الـرد بطريقـة عدوانية وذلك باستخدام أساليب التشتت أو صرف الانتباه مثل التمتمة بنغمة أو لحن ، وقول أشياء مهدئة لأنفسهم أو الابتعاد أو الهروب عن هذه المواقف ثم يمارس الأطفال هذه الطرق المتعلقة بضبط الذات أثناء استفزاز صديق أو

إهانته لهم .

وتم تطوير سلسلة من طرائق العلاج المعرفي السلوكي تركـز علـى الفهم المشوه للأحداث الاجتماعية التي يجربها أو يمـر بهـا الأطفـال ذوى اضطراب السلوك الفوضوي ، كما تركز أيضاً على تعديل وتوسيع عمليات التقدير البينشخصي للطفل حتى يمكن للأطفال أن يطوروا فهماً أكثـر رقيـاً للمعتقدات والرغبات عند الآخرين بالإضافة إلى تحسين قدرة الطفـل علـى تنظيم أو ضبط استجابته النفسية أو الاجتماعية ، والمكـون الأساسـي فـي العلاج المعرفي السلوكي هو حل المشكلات ، ويفيد التدريب على مهـارات حل المشكلات في معالجة أوجه العجز في قدرات تشغيل حـل المـشكلات المعرفية التي توجد غالباً لدى الأطفال والمـراهقين العـدوانيين ، كمـا أن تدريب الأطفال على حل المشكلات يساعدهم على التعامل مـع المـشكلات الخارجية التي تستفزهم سلوكياً ، ويتم أولاً تشجيع الطفـل علـى أن يحـدد مشكلة قابلة للحل ثم يقوم بإيجاد أكبر قدر ممكن من الحلول الممكنة ، ويـتم اختيار أفضل حل لها ، ويتم تحديد الخطوات لتنفيذ هذا الحل الـذي يجربـه الطفل ، وبعد ذلك يتم تقييم العملية بأكملها .

ويرى باركلى Barkley (٢٠٠٣) أن التدريب العملـي مـن أجـل التحكم في الغضب يتفوق بدرجة واضحة على العلاج الذي يؤكد فقط علـى العناصر المعرفية وحدها ، وتبدأ الجلسات العلاجية لترويض الغضب بـأن يطلب المعالجون النفسيون من الأطفال الإفصاح عن العبارات التي يستخدمها الرفاق التي تسبب لهم الإغاظة ، والاستفزاز ، ويقوم الأطفال بكتابـة هـذه العبارات أو ذكرها ، ومثل هذا الإفصاح الصريح قد يؤدى إلى الإحـراج أو السخرية ، ولكن وجود جو يتسم بالثقة في الجماعة أو المعالج يساعدهم فـي التغلب على هذه المشاعر ، وبعد ذلك يقوم المعالج بتوضيح كيفية اسـتخدام

هذه العبارات في المساعدة على السيطرة على الذات ، ثم يبدأ المعالج بسؤال الأطفال عن اقتراحاتهم حول أنسب الطرق للتصرف مع هذه المشكلة وبعد ذلك يقوم اثنان من المرشدين بالاشتراك مع بعضهما في مناقشة ساخرة بطريقة تبدو عفوية ، ولكن تم التخطيط لها من قبل ، ويتجاوب المرشد القائم بدور الضحية في هذه المناقشة بطريقة عدائية لفظية في أول الأمر ، والهدف هنا هو إثارة دهشة الأطفال وتحفيزهم على مناقشة ما حدث وأن يقوموا بذكر الأسلوب الأفضل الذي كان بإمكان المرشد الذي تمت إغاظته أن يفعله ، وتتكرر هذه المناقشة والمجادلة عدة مرات بهدف إدخال مقترحات الأطفال من أجل المزيد من السيطرة على النفس من جانب الشخص الذي يكون ضحية العمل الاستفزازي ، ويمكن استخدام طريقتان لترويض الغضب هما :

- أن يكظم الفرد غضبه داخله .
- أن يوجه الفرد الغضب نحو نفسه .

وترى يونج Young (٢٠٠٢) أنه يجب إدخال طرائق متعددة لترويض الغضب ، على سبيل المثال التحدث في المشكلات مع الأصدقاء ، والابتعاد عن مصدر الاستفزاز أو المضايقة ، وإعادة بناء أو تركيب موقف من الناحية المعرفية ، ومع ذلك فربما لا يكون لدى الأفراد الذين يعانون من الاضطراب التأييد أو المساندة الاجتماعية المتاحة أو المتوفرة للاستعانة بها في المشكلات الشخصية ، ومن المهم للمعالج أن يتعرف على مشاعر الأفراد أثناء الاضطراب ، وسيكون ذلك مهماً على نحو خاص عندما يطلب منهم إعادة صياغة موقف ما بطريقة معرفية ، فالأفراد الذين يعانون من الاضطراب ، تعلموا أن العالم المحيط بهم يمثل تهديداً لهم وأن الناس معادين لهم ؛ لذا ينبغي على المعالج تعليم هؤلاء الأفراد أن يفكروا ويواجهوا التشوهات المعرفية ويتصدون لها على سبيل المثال ربما يكون الشخص لديه مشكلات شخصية ، وربما يكون مشغولاً ، ويكون من المفيد تعليم هؤلاء

الأفراد أساليب المراقبة الذاتية والتنظيم الذاتي لانفعالاتهم ، وقـدرتهم علـى تحديد النقطة التي يصبحون فيها مثارين بدرجة كبيرة ، وينبغـي تـشجيعهم على الاشتراك في الاستراتيجيات المضادة .

ومعظم الطرق التي تم وصفها هي طرق وقائية تركز في المقام الأول على الأطفال الصغار الذين لم يظهروا حتى الآن سلوكاً إجزامياً أو انحرافياً خطيراً ، وبمجرد أن يحتك الأطفال أو المراهقين ذوى اضـطراب الـسلوك الفوضوي بالشرطة والمحاكم يصبح من الصعب بدرجة كبيرة جداً أن نعيـد توجيههم إلى الطرق الحياتية الملزمة بمعايير المجتمع والسلوك الحميد ، وهذا يؤكد أو يثير نقطة في غاية الأهمية وهي أن تفـادى الاحتكـاك بالـشرطة والمحاكم يعتبر ضرورياً للنجاح في علاج الأفراد المنحرفين .

وقارن عدد من الباحثين بين أنواع متعددة من العلاجات التي تحتـوى على العنصر المشترك المتمثل في إيجاد زميل (طالب بالجامعة) يتواجد مع منحرف حدث لمدة تتراوح من ست إلى ثمان ساعات في الأسبوع ، ووجدوا أن المحتوى النوعي لهذه اللقاءات (التعاقد السلوكي مقابل التركيـز علـى المشاركة الوجدانية ، والنظرة الإيجابية التي لا تتضمن شـروط ومهـارات الاتصال) كان أقل أهمية من عامل الابتعاد عن المحاكم ، بل وحتى العلاج الخفيف أو غير القوى الذي يتضمن إشراف ضئيل أو بـسيط عـن طريـق الطلبة المتطوعين في الكليات كان أفضل من العلاج الأكثر صرامة ودقـة ؛ حيث تم الإشراف داخل مبنى المحكمة بواسطة موظف بالمحكمة يتابع الحالة على الرغم من أن الأحداث لم يكن لديهم أي اتصال بالمحكمة أثناء العلاج .

٤- التدريب على مهارات حل المشكلات :

Problem-Solving Skills Training

يهدف التدريب على مهارات حل المشكلات إلى مساعدة الأطفال على

أن يطوروا المهارات الضرورية لحل المشكلات البينشخصية والمعرفيـة ، والأطفال العدوانيون يكونون أكثر احتمالاً من الأطفال غير العدوانيين بـأن يتسموا بوجود نوايا عدوانية لديهم تجاه الآخرين ، كما أنهم يتوقعون النبـذ ، والأطفال الذين لديهم مشكلات سلوكية لا تتوفر لديهم المهارات التي تساعدهم في الوصول إلى حلول مختلفة للمشكلات البينشخصية ولا يـستطيعون فهـم دوافع الآخرين ، وعادة يتضمن التدريب على حل المشكلات عمل النماذج ، ولعب الأدوار ، والهدف من ذلك هو تعليم الأطفال أن يتعرفوا على ويغيروا طريقة تفكيرهم وردود أفعالهم في المشكلات الاجتماعية ، ويستغرق التدريب حوالي ٢٠ جلسة فردية ويشرف على هذا التدريب معالج متخصص ، وفـي هذه الجلسات تتوافر أو تتاح الفرصة لفحص الطرق التي يتجاوب فيها الطفل عادة مع المواقف البينشخصية ، والمهام التركيبية المرتبطة بمواقف الحيـاة الحقيقية ، كما يتم تشجيع السلوكيات الاجتماعية من خلال عمل النماذج ومن خلال التعزيز المباشر .

وتشير العمليات المعرفية إلى مجموعة من التراكيـب التـي تتعلـق بالأسلوب الذي يمكن الفرد أو يساعده على أن يدرك ويخبر العالم المحيط به ، فالعمليات المعرفية هي الميكانيزمات التي بواسطتها يدرك الفرد ويحـس بالعالم الذي يعيش فيه ، وكما وصفنا من قبل فإن الأطفال ذوى اضـطراب السلوك الفوضوي يكونون عرضة للتشوهات المعرفية ، وبهذه الطريقة يكون لديهم صعوبة في إيجاد حلول إيجابية للمشكلات ويناضلون من أجل تحديد أو التعرف على كيفية تحقيق غاية مرغوب فيها ، فهم يكونون مندفعين ويفشلون في التفكير في عواقب أعمالهم ، ويكون لديهم صعوبة في التركيز ، والتشويه المعرفي الشائع عند الأطفال العدوانيين هو إساءة نـسب أو إيعـاز القـصد العدواني لدرجة أنه حتى المثيرات الطبيعية أو العادية يتم إدراكها على أنهـا

عدوانية ويستجيبون لها بطريقة عدوانيـــة (كابالـــدى وإيـــدى Capaldi & Eddy ، ٢٠٠٩) .

والبحوث التي أجريت على الأطفال الذين لديهم اضــطراب الــسلوك الفوضوي أوضحت حدوث أوجه عجز في الطريقة التي يُشَغّلون من خلالها المعلومات الاجتماعية بما في ذلك الطريقة التي يحددون من خلالها المفاتيح أو الدلائل الاجتماعية ، وتطوير الأهداف الاجتماعيـــة ، وكـــذلك تطـــوير الاستجابات المناسبة واتخاذ القرارات بشأن الإجابـــات المناســـبة (فريـــك وآخرون .Frick et al ، ٢٠٠٠) فعلى سبيل المثال فإن بعـــض الأطفـــال العدوانيين بدرجة شديدة يميلون إلى أن ينسبون قصدهم أو نيتهم العدوانية إلى مواقف الاستفزاز الغامضة مع الأقران أو الرفاق والتي تجعلهم أكثر احتمالاً بأن يتصرفوا بعدوانية على مواقف الاستفزاز الغامضة مع الأقران أو الرفاق والتي تجعلهم أكثر احتمالاً بأن يتصرفوا بعدوانية نحو الأقـــران ، وهنـــاك أطفال عدوانيون آخرون يتجهون إلى ربط النتائج الموجبـــة بدرجـــة أكبـــر بسلوكهم العدواني ، مما يجعلهم أكثر احتمالاً أن يختاروا البدائل العدوانيـــة لحل الصراع أو النزاع مـــع الأقـــران (دودج وآخـــرون .Dodge et al ، ١٩٩٧) .

ويركز التدريب على مهارات حـــل المـــشكلات الاجتماعيـــة علـــى التشوهات وأوجه العجز المعرفي التـــي يعرضـــها أو يظهرهـــا الأطفـــال والمراهقون الذين لديهم مشكلات المسلك (كـــازدين Kazdin ، ١٩٩٧أ) ، ويمكن استخدام التدريب على مهارات حل المشكلات بمفرده أو بالاشـــتراك مع تدريب الوالدين على حسن التصرف مع أبنائهم وذلك حسب ما تتطلـــب ظروف الأسرة ، والافتراض البارز والهام للتدريب علـــى مهـــارات حـــل المشكلات هو أن إدراكات وتقـــديرات الطفـــل للأحـــداث البيئيـــة ســـيحفز

الاستجابات العدوانية ، والسلوكيات المعادية للمجتمع ، وأن تغيير التفكير الخاطئ سيؤدى إلى تغيير السلوك ، ويتم تعليم الأطفال كيفية حل المشكلات لكي يحددوا الأفكار والمشاعر وأوجه السلوك في المواقف الاجتماعية المسببة للمشكلات .

والهدف من هذا الأسلوب العلاجي هو تحسين وتطوير مهارات حل المشكلات من أجل تقليل السلوك المعادى للمجتمع والسلوك العدواني في البيت أو المدرسة أو المجتمع المحلى ، والسمات الشائعة للبرنامج تتضمن تعليم الأطفال الاشتراك في منهج أو طريقة تتم خطوة وراء خطوة لفهم المشكلة والعمل على حلها ، فالتركيز المباشر على جوانب معينة من المشكلة يؤدى إلى التوصل إلى حلول فعالة لها ، ويستخدم هذا الأسلوب العلاجي العديد من الأساليب والفنيات التي تتضمن الألعاب والأنشطة الأكاديمية ، والقصص ، ولعب الأدوار ، والتعزيز ، والنمذجة ، والعقاب المعتدل أو المعقول كفقد النقاط أو العلامات (بارتون Barton ، ٢٠٠٣) .

وعادة ما يقوم المعالج بدور فعال في العلاج ؛ حيث يقوم بنمذجة العمليات المعرفية مثل التلفظ بالعبارات الذاتية وتوفير الإشارات أو الدلائل اللازمة لاستخدام المهارات المتعددة ، ويولد منها تغذية رجعية ، ويمتدح الأطفال عند الضرورة وذلك لتطوير الاستخدام الصحيح للمهارات ، وتتمثل هذه الطريقة في أن يتعلم الأطفال ذوى السلوك المعادى للمجتمع مهارات حل المشكلات بالإضافة إلى المشاركة الوجدانية ، والأخذ بمنظور الآخرين ، وذلك في محاولة لمساعدتهم على التعامل بدرجة أكبر من الخلافات البينشخصية في أداء المهام الأكاديمية أو الدراسية ، ويقاوم الأفراد ذوى اضطرابات السلوك الفوضوي بدرجة كبيرة جداً جميع أنواع التدخلات العلاجية ، وعلى الرغم من أن العلاجات المعرفية السلوكية مازالت عاجزة

إلى حد ما عن التخلص من اضطراب المسلك فهناك بعض النجاحات في الطرق التي تركز على زيادة مهارات حل المشكلات وعلاج الاندفاعية وضبط الغضب .

وقد أوضحت نتائج العديد من الدراسات التي اعتمدت على هذا الأسلوب العلاجي سواء مع الأطفال أو المراهقين الذين يعانون من اضطرابات السلوك الفوضوي أن هذا الأسلوب العلاجي أدى إلى خفض السلوك العدواني والسلوك المضاد للمجتمع سواء في المنزل أو المدرسة أو المجتمع المحلي وذلك بدرجة دالة ، وأن المكاسب التي تحققت استمرت لمدة عام بعد العلاج ، كما أوضحت نتائج دراسات أخرى أن الأطفال الأكبر سناً الذين تتراوح أعمارهم من ١١ – ١٣ سنة يستفيدون من العلاج بدرجة أكبر مما يستفيد به الأطفال الأصغر سناً ، وربما يرجع ذلك إلى تقدمهم في النمو المعرفي (ديورلاك وآخرون Durlak et al. ، ١٩٩١ ؛ كيندال Kendall ، ١٩٩١) .

والعديد من النتائج التي كشفت عنها الدراسات التي أجريت في هذا الصدد أوضحت أن هذا الأسلوب العلاجي أدى إلى حدوث تغير علاجي في الاتجاه المنشود ، وأن التغيرات التي تمت من جراء استخدام هذا الأسلوب والإجراءات المتبعة تم تسجيلها في كتيبات تسهل عملية الاستخدام أو التدريب ، ويُعد التدريب على المهارات المعرفية لحل المشكلات في ضوء نتائج الدراسات المحكمة التي تناولت اضطرابات السلوك الفوضوي لدى الأطفال والمراهقين أسلوباً علاجياً واعداً وفعالاً إلى حد كبير .

ويحدد كازدين Kazdin (١٩٩٦) خطوات حل المشكلات المعرفية من خلال عرض المثال التالي :

الخطوة رقم ١ : ما المفروض أن أفعله ، أريد أن استعيد لعبتي من " س " .

الخطوة رقم ٢ : يجب أن أنظر إلى جميع الاحتمالات التي تطرأ على ذهني بإمكاني أن أضربه ضرباً مبرحاً واستعيد لعبتي ، أو أسأله أو أطلب منه أن يعيدها لي وإلا أشكوه أو أخبر المدرس .

الخطوة رقم ٣ : من الأفضل أن أركز ، فإذا ضربته سأدخل في مشاكل ، وإذا طلبت منه أن يعيدها لي فربما يرجعها لي .

الخطوة رقم ٤ : أحتاج أن اختار ، سأحاول أن أطلب منه أن يعيد لعبتي لي ، وإذا لم ينجح ذلك سأخبر المدرس .

الخطوة رقم ٥ : إما أن أقوم بعمل جيد أو أرتكب خطأ لقد نجحت في الاختيار ، فأنا لا أريد أن أدخل في مشاكل فأنا و" س " من الممكن أن نظل أصدقاء إذا أعاد لعبتي لي ، وإذا لم يكن الأمر كذلك سأبذل قصارى جهدي لأستعيدها قبل أن أطلب المساعدة من المدرس .

وفي أثناء التدريب على مهارات حل المشكلات يستخدم المعالج التعليمات ، والتدريب أو الممارسة ، والتغذية المرتدة لمساعدة الطفل على أن يكتشف الطرق المختلفة للتصرف في المواقف الاجتماعية ، ولتحقيق ذلك يتعلم الأطفال أن يقيموا الموقف ويحددوا العبارات الذاتية وردود الأفعال تجاه دوافع الأطفال الآخرين ، ويتعلمون أيضاً أن يكونوا حساسين بدرجة أكبر للطريقة التي يشعر بها الأطفال الآخرين وأن يتوقعوا تفاعلات أو ردود أفعال الآخرين ، وأن يولدوا الحلول الملائمة للمشكلات الاجتماعية .

ويوضح كازدين Kazdin (١٩٩٥) المعالم الهامة للتدريب على مهارات حل المشكلات فيما يلي :

– التركيز على تفكير الطفل ، وعلى الرغم من أن الأطفال ينتقون الوسائل والأساليب المناسبة للسلوك إلا أنه يتم التركيز في الأساس على عمليات التفكير بدلاً من النتائج أي الأفعال السلوكية التي تنتج من جراء ذلك .

- يتم استخدام العبارات الذاتية لتوجيه الانتباه لجوانب المشكلة التي تؤدى إلى حلول فعالة .
- يستخدم هذا الأسلوب العلاجي مهاماً تركيبية منظمة تتضمن الألعاب والأنشطة الأكاديمية ، والقصص .
- يتعلم الطفل أن يطبق المهارات المعرفية الخاصة بحل المشكلات على مواقف الحياة الفعلية .
- يلعب المعالج دوراً فعالاً في العلاج وإعطاء الأمثلة للعمليات المعرفية ، وتقديم التغذية المرتدة أو الرجعية وامتداح الأطفال عند الضرورة .
- يتضمن هذا الأسلوب العلاجي العديد من الإجراءات مثل النمذجة Modeling ولعب الأدوار Role Playing ، والتعاقدات السلوكية Behavioral Contracts ، والتعزيز ، والعقاب المعتدل مثل فقدان النقاط أو المكافآت الرمزية .
- يركز هذا الأسلوب العلاجي على استمرار حل المشكلات في حياة الطفل اليومية من خلال استخدام مهام الواجب المنزلي ، واشتراك الوالدين .

ويعتبر التدريب على مهارات حل المشكلات فعالاً مع الأطفال والشباب الذين يتم تحويلهم إلى عيادات الصحة النفسية للعلاج من مشكلات المسلك ، كما أن له فوائده التي تمتد إلى الأداء الوظيفي للوالدين والأسر (كازدين وواسيل Kazdin & Wassell ، ٢٠٠٠ ؛ كازدين Kazdin ، ٢٠٠٣أ) ، وعلى الرغم من وضوح إجراءات هذا الأسلوب العلاجي إلا أنه يصعب معرفة ما إذا كانت التغييرات التي يحدثها في المعارف المختلفة هي المسئولة عن التحسينات السلوكية ، وفي الواقع فإن تغيير العمليات المعرفية قد لا يؤدى بالضرورة إلى تغيير السلوك .

وأخيراً فعلى الرغم من أن معظم الأطفال يتحسنون نتيجة هذا الأسلوب

العلاجي إلا أن بعض الأطفال ربما يستمرون في إظهار مشكلات سلوكية أكثر حدة من أقرانهم غير المنحرفين ، وبالتالي يتم تطوير المزيد من تدخلات هذا الأسلوب العلاجي للوفاء بحاجات أسر الأطفال الذين لديهم مشكلات المسلك والذين تكون مشكلاتهم حادة على نحو خاص .

٥- العلاج المعرفي السلوكي :

إن الخطوة الأولى للعلاج المعرفي السلوكي Cognitive-Behavioral Therapy هي تعليم الأطفال التعرف على للمواقف التي تثير الغضب أو السلوكيات العدوانية أو المواقف التي يميلون فيها إلى أن يكونوا اندفاعيين ، ويتم عمل ذلك من خلال ملاحظة الأطفال في أماكنهم الطبيعية ثم توضيح المواقف الافتراضية وكيف سيتفاعل الأطفال معها ، وجعل الأطفال يحتفظون بمفكرات يومية يدونون فيها مشاعرهم وسلوكياتهم ، ويتم أيضاً تعليم الأطفال أن يحللوا أفكارهم في هذه المواقف ، وأن يفكروا في طرق بديلة لتفسير المواقف والافتراضات بأن الأطفال الآخرين أو الكبار يتصرفون بطريقة حقيرة أو وضيعة تجاههم عن قصد يتم تجنبها ومساعدتهم على أن يأخذوا بوجهات نظر الآخرين في المواقف ، وبعد ذلك يتم تعليم الأطفال استخدام الحديث الذاتي لمساعدتهم على تجنب التفاعلات السلبية في المواقف المختلفة فهم يتعلمون أن يتحدثوا لأنفسهم في المواقف الصعبة وأن يكرروا العبارات التي تساعدهم على أن يُهدأوا أنفسهم ، وأن يفكروا في طرق أخرى ملائمة للتصرف في هذه المواقف ، فعلى سبيل المثال الطفل الذي يميل إلى الرد على الاستفزاز من جانب الآخرين عن طريق الضرب المباشر لهم والركل ربما يتعلم أن يفكر كالتالي :

اهدأ .... اهدأ .... اهدأ .

تنفس بعمق وعد إلى عشرة .... اهدأ .

اهدأ .... اهدأ .... اهدأ .... وفكر فيما تفعله .

لا أريدك أن تغضب .... اهدأ .

اهدأ .... ولا تندفع .

ويقوم المعالجون بتعليم الأطفال المهارات الملائمة لحل المشكلات عن طريق مناقشة المواقف التي تحدث فيها مشكلات حقيقية أو مشكلات افتراضية ويتم مساعدتهم على إيجاد مجموعة متنوعة من الحلول الإيجابية للمشكلات ، ويتم عمل نماذج لهذه المواقف بواسطة المعالجين لكي يمارسها الأطفال في لعب الأدوار ، فعلى سبيل المثال إذا كان المعالج والطفل يناقشان كيفية الاستجابة أو الرد على طفل آخر لخترق الطابور في صالة توزيع الوجبات الغذائية في المدرسة ، هنا يقوم المعالج أولاً بعمل نموذج لاستجابة جازمة (وليست بالأحرى استجابة عدوانية) مثل القول التالي " أريد منك أن تتحرك وتقف في آخر الصف أو الطابور " وذلك للطفل الذي لم يقف في دوره ، وبعد ذلك يقوم طفل آخر بممارسة الاستجابة أو الرد الجازم ومتصنعاً ذلك أمام الطفل الذي لخترق الطابور لكي يكتسب المنظور الذي أدى بالطفل إلى أن يتصرف هذا التصرف أو يسلك بهذه الطريقة ، وبعض العلاجات النفسية الاجتماعية للأطفال الذين يعانون من اضطرابات السلوك الفوضوي تتضمن الوالدين أيضاً وخاصة إذا كانت ديناميات الأسرة تدعم اضطرابات السلوك الفوضوي عند الأطفال (كازدين Kazdin ، ٢٠٠٣أ ؛ ويبستر – ستراتون وريد Webster-Stratton & Reid ، ٢٠٠٣ب) .

ويتم تعليم الوالدين أن يعززون أو يشجعون السلوكيات الموجبة عند أطفالهم ولا يشجعوا السلوكيات العدوانية التي لا تراعى المعايير الاجتماعية السائدة في المجتمع والتي يجب احترامها ، كما يتم تعليم الوالدين

الاستراتيجيات المشابهة للاستراتيجيات التي يتم وصفها بالفعل للتحكم في نوبات الغضب التي تعتريهم ، ويتم أيضاً تعليم الأطفال الأساليب الفنية الخاصة بالتأديب أو الانضباط ، ولسوء الحظ قد يكون من الصعب إشراك الوالدين الذين يحتاجون إلى تحسن كبير في مهارات أسلوب العلاج (كازدين Kazdin ، ٢٠٠٣ب) .

وعلاوة على ذلك لكي يكون العلاج فعالاً يجب على المعالجين أن يكونوا حساسين ومتفهمين للفروق الثقافية في المعايير بالنسبة لسلوك الأطفال والوالدين ، فعلى سبيل المثال في الأسر الملونة (الزنوج) من المفيد اشتراك الأسر الممتدة (أي الجدود ، والأعمام ، والخالات ، والعمات ، والأخوال) في العلاج الأسرى بالإضافة إلى الوالدين الذي يعانى طفلهم من الاضطرابات السلوكية (دودلى- جرانت Dudley-Grant ، ٢٠٠١) .

وتقترح الدراسات المتعلقة بالعلاج القائم على نظرية التعلم الاجتماعي أن هذه العلاجات من الممكن أن تكون فعالة بدرجة كبيرة في تقليل السلوك العدواني والاندفاعي عند الأطفال ، ولاسيما التدخلات العلاجية التي تتم في البيت أو في حجرة الدراسة (ويبستر- ستراتون وريد Webster-Stratton & Reid ، ٢٠٠٣ب) .

ولسوء الحظ فإن كثيراً من الأطفال الذين يعانون من اضطرابات السلوك الفوضوي تحدث لهم انتكاسة بعد فترة قصيرة وخاصة إذا كان لوالديهم مهارات رديئة في التربية أومن مدمني الخمور أو غيرها من أنواع سوء استخدام المخدرات أو يعانون من أي حالة مرضية نفسية أخرى ، ويكون للتدخلات العلاجية نتائج إيجابية وطويلة الأجل إذا تم البدء فيها مبكراً في حياة الطفل المضطرب سلوكياً ، كما أن جلسات التعزيز والمساندة للعلاج

الإضافي بعد العلاج الأولي تساعد الطفل على تجنب الانتكاس إلى حد كبير (نولن هويكسيما Nolen-Hoeksema ، ٢٠٠٧) .

وتقوم العوامل الأسرية بدور مهم في حدوث اضطراب العناد والتحدي حيث يبدو هذا الاضطراب أكثر شيوعاً في الأسر التي بها أحد الوالدين على الأقل له تاريخ يفيد بوجود اضطراب العناد والتحدي ، واضطراب المسلك ، واضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع Antisocial Personality Disorder ، والاضطراب المتعلق بالمادة Substance Related Disorder واضطراب الحالة المزاجية Mood Disorder ، وعلى وجه العموم فإن الممارسات الوالدية السلبية والاضطرابات النفسية لدى الأمهات تنبئ بأن اضطراب العناد والتحدي سيستمر عبر الوقت ، وتقلل برامج تدريب الوالدين من سلوك المعارضة عند الأطفال كما أنها تحسن أيضاً من المهارات الوالدية ، وتؤكد ذلك نتائج الدراسات التي أجريت في هذا الصدد والتي أوضحت أنه بعد مرور ٦ شهور من انقضاء البرنامج ظلت التحسينات مستمرة ومستقرة لدى كل من الوالدين والأطفال .

وتم استخدام العلاج المعرفي السلوكي بفاعلية مع الأطفال الذين لديهم مشكلات سلوكية (اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي) ، والطريقة المستخدمة مع الأطفال الذين تتراوح أعمارهم الزمنية من سنتين إلى ثلاث عشرة سنة والذين يعانون من مشكلات سلوكية تضمنت تدريباً على مهارات حل المشكلات للأطفال والوالدين ، وتدريباً لمساعدتهم على إدارة سلوك الطفل وتضمنت مهارات حل المشكلات للأطفال استخدام طريقة " قف وفكر" (العبارات الذاتية) ، وتم تعليم الوالدين إدارة سلوك طفلهم من خلال أساليب أو تكنيكات مثل التعزيز الايجابي (كازدين

Kazdin ، ٢٠٠٣أ) .

٦- **إدارة الطوارئ في حجرة الدراسة :**

Classroom Contingency Management

تعد إدارة الطوارئ في حجرة الدراسة جزء أساسي لبعض التدخلات المركبة ، وقام باركلي وآخرون .Barkley et al (٢٠٠٠) بعمل معاينة لـــ ١٥٨ طفلاً من أجل التحقق من وجود السلوك الفوضوي ومن بين هـــؤلاء كانـــت هناك نسبة تصل إلى ٥٧% انطبقت عليهم المعايير الكلينيكيـــة لاضـــطراب العناد والتحدي ، ١٢% انطبقت عليهم المعايير الكلينيكية لاضطراب المسلك ، وأكثر من ٧٠% انطبقت عليهم المعايير الكلينيكية لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وتم مقارنة هذه المجموعات الثلاث بمجموعـــة ضابطة ، وتم استخدام مجموعة من التدخلات التي تتم في حجرة الدراســـة مثل :

- نظام الرمز أو الدلالة A Token System
- التدريب الجماعي المعرفي - السلوكي لضبط الذات .
- التدريب الجماعي على ضبط الغضب .
- الدعم للتعزيز القائم في البيت .

وأظهرت النتائج حدوث تحسينات نتيجة للتدخلات السلوكية المتعددة ، ولسوء الحظ فإن هذه الطرق لم تظهر أنه يمكن تعميمها على أماكن أخـــرى كبيت الطفل ، ولم تستمر النتائج بعد انتهاء البرنامج .

وعندما يصل الأفراد الصغار الذين لديهم اضطراب المسلك إلى ســـن المراهقة تتضمن الطرق الفعالة معهم التدخلات المتعددة مثل :

- التدخلات القائمة على الأسرة (العلاج الأسرى الوظيفي والعلاج متعدد

النظم) .

- تدريس النموذج الأسرى في البيوت الجماعية وبيوت تربية الأطفال بالتبني .
- الحزم المجمعة أو المركبة للتدخلات التي تركز على المراهق .
- التدخلات القائمة في المدرسة .

٧- التدخلات القائمة على الأسرة : Family-Based Intervention

يُعد الارتباط القائم بين المصاعب الأسرية واضطراب المسلك هو أحد التبريرات التي تؤيد التدخلات القائمة على الأسرة ، وتتضمن التدخلات القائمة على الأسرة :

أ- العلاج الأسرى الوظيفي : Functional Family Therapy (FFT)

يعتبر العلاج الأسرى ضرورياً بين الحين والآخر لمواجهة العلاقات الصراعية بين الفرد ووالديه ، فالتفاعل السلبي بين الفرد ووالديه يؤدى إلى حدوث فجوة بينهما ينتج عنها انخفاض التفاعل الإيجابي وزيادة المشكلات السلوكية ، ويهدف العلاج الأسرى إلى تعديل البيئة المنزلية لكي تلائم هذا الأسلوب العلاجي إلى جانب خفض الصراع النفسي بين الأفراد داخل الأسرة لأن الصراع يعوق تحقيق الأهداف المرجوة من العلاج ؛ كما يهدف العلاج الأسرى أيضاً إلى تدريب الوالدين على كيفية تعديل السلوك المشكل لدى الطفل أو المراهق الذي يعانى من الاضطراب ، ويمكن تحقيق ذلك من خلال التعرف على وجهات النظر المختلفة والاعتراف بتأثير الاضطراب على مشاعر ودافعية الآخرين .

ويسلم هذا الاتجاه العلاجي بأن السلوك المضطرب الذي يصدر عن الطفل هو الوسيلة الوحيدة التي يمكن بموجبها الوفاء ببعض الوظائف البينشخصية كالألفة ، والفتور أو البرود والمساندة بين أفراد الأسرة ، وأن

العمليات اللاتوافقية داخل الأسرة هي التي تعوق تحقيق إشباع مثل هذه الوظائف (آلان كازدين ، ٢٠٠٠) ، وفي هذا الأسلوب العلاجي يتم النظر إلى مشكلات الطفل الذي يعاني من اضطراب المسلك على أنها الطريقة الوحيدة التي من خلالها يمكن للأسرة أن تحقق وظائف بينشخصية معينة ، الأمر الذي يساعد على تطوير طرق جديدة لفهم الحياة الأسرية ، وتطوير أساليب جديدة للتصرف أو السلوك (بارتون Barton ، ٢٠٠٣) .

وتتمثل الأهداف الأساسية للعلاج في زيادة التبادلية والتعزيز الإيجابي بين أعضاء الأسرة لإقامة تواصل واضح فيما بينهم لا لبس فيه ، وفي المساعدة على تحديد السلوكيات التي يرغبها أعضاء الأسرة من بعضهم البعض وأن يتم التفاوض والنقاش فيما بينهم بشكل بدائي يساعد على تحديد حلول لمشكلاتهم البينشخصية ، ويتطلب هذا الأسلوب العلاجي أن تنظر الأسرة إلى المشكلة من منطلق الوظيفة المرتبطة بها التي يجب أن تؤديها داخل الأسرة ، ويشير المعالج إلى الاعتمادية المتبادلة والأمور العارضة بين أعضاء الأسرة التي تعمل في هذا الإطار كأساس للبحث عن العلاج وبمجرد أن تنظر الأسرة إلى أساليب بديلة لرؤية المشكلة يزداد الحافز للتفاعل بين أعضائها بشكل أكثر بدائية ، ويقوم أعضاء الأسرة أثناء العلاج بتحديد السلوكيات التي يرغبون أن يأتي بها الآخرون ، ومع ذلك يظل التركيز الأساسي منصباً على جلسات العلاج التي تتغير خلالها أنماط التواصل الأسرى بشكل مباشر ، ويقدم المعالج أثناء الجلسات تعزيزاً إيجابياً لتحقيق التواصل الذي يعمل على تقديم الحلول للمشكلات المختلفة (آلان كازدين ، ٢٠٠٠) .

والدراسات التي تناولت هذا الأسلوب العلاجي ركزت على العينات السكانية التي يصعب التعامل معها أو يصعب علاجها كالمراهقين الجانحين

الذين صدر ضدهم حكم قضائي أو المراهقين متعددي الجنح على سبيل المثال ، ومع ذلك فإن التجارب التي أمكن التحكم في نتائجها أسفرت عن وجود فوائد تتضمن تحسين التفاعل الأسرى ، وانخفاض معدلات الإحالة للعلاج ، وانخفاض معدل تقديم هؤلاء المراهقين للمحاكمة ، علاوة على ذلك فإن نتائج العلاج استمرت حتى عامين ونصف بعد العلاج ، كما أوضحت أيضاً نتائج الدراسات التي اعتمدت على هذا الأسلوب فاعليته في علاج الأطفال الأكبر سناً والمراهقين الذين لديهم اضطراب المسلك وذلك في الأسر المضطربة بدرجة شديدة والتي من خلفيات اقتصادية واجتماعية وعرقية متنوعة (بارتون Barton ، ٢٠٠٣) .

وأوضحت نتائج الدراسات المتعددة التي اعتمدت على هذا الأسلوب العلاجي أنه يحدث تغيراً وتعديلاً في المشكلات السلوكية المنتشرة بين المراهقين الجانحين ، كما يمكن استخدام هذا الأسلوب العلاجي مع الأطفال ، والوالدين مما يعطي أهمية وقيمة علاجية لهذا الأسلوب العلاجي .

ب- العلاج متعدد النظم : Multi-Systemic Treatment (MST)

استخدم العلاج متعدد النظم في الأصل كطريقة عامة لعلاج الحالات المرضية النفسية ، ولكن تم تطبيقه بكثافة لعلاج السلوك المضاد للمجتمع عند الأطفال والمراهقين (هينجلر وآخرون .Henggeler et al ، ١٩٩٢) ، ويتضمن العلاج متعدد النظم سياقات مثل مجموعة أقران أو رفاق الطفل في المدرسة ، ومنطقة الجيرة السكنية ، وعلى الرغم من أن هذا الأسلوب العلاجي ليس إنمائياً أو متعلقاً بالنمو في وجهته كما يتضح ذلك في عدم تأكيده على سمات الطفل الفردية التي تساهم في حدوث اضطراب المسلك والتي تلعب دوراً في تشكيل هذه السياقات ، فهو يؤكد رغم ذلك على طريقة

شاملة تراعى الاحتياجات الفردية بحيث يؤخذ ذلك في سياق التدخل العلاجي ويتفق مع المبادئ التي تم توضيحها آنفاً في التدخل العلاجي في حالة الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك (وسيز Weisz ، ٢٠٠٤) .

ويسعى العلاج متعدد النظم إلى فهم مستوى وحدة المشكلات القائمة التي تؤرق الطفل أو المراهق ، وتسهم المعلومات التي يتم الحصول عليها من التقدير في تحديد خطة علاجية فردية تقوم على الاحتياجات النوعية للطفل ولأسرته .

المبادئ المرشدة للعلاج متعدد النظم :

يلخص وسيز Weisz (٢٠٠٤) المبادئ المرشدة للعلاج متعدد النظم فيما يلي :

١- يركز التقدير على فهم التطابق بين المشكلات التي تم تحديدها وسياقها الأوسع أو الأكبر .

٢- تركز التدخلات العلاجية على ما هو موجود ، وتكون موجهة نحو العمل الذي يستهدف المشكلات النوعية الواضحة .

٣- يركز على التعاملات السلوكية الموجودة داخل أو بين النظم المتعددة .

٤- تكون التدخلات العلاجية ملائمة من الناحية الإنمائية وتتطابق مع احتياجات الأفراد .

٥- تتطلب التدخلات العلاجية جهوداً يومية وأسبوعية يقوم بها أفراد العائلة .

٦- يتم تقييم التدخلات العلاجية باستمرار ، وذلك من منظورات متعددة .

٧- يتم تصميم التدخلات العلاجية للارتقاء بعملية التقييم والاستمرار الطويل الأجل .

٨- يتم تصميم التدخلات العلاجية للارتقاء بالسلوك المسئول وتقليل أو محو السلوك غير المسئول .

٩- تؤكد التدخلات العلاجية على الجوانب الإيجابية ، وتدعم وتحفز الجوانب التي يجب أن يتم تغييرها .

ودراسات نتائج العلاج متعدد النظم للشباب العنيف والمتسم بالسلوكيات الحادة والمضادة أو المعادية للمجتمع أوضحت أن هذه الطريقة تتفوق على الخدمات العادية وعلى الإرشاد الفردي ، والعلاج الدوائي ، وأهم شئ هو أن العلاج متعدد النظم ثبت أنه يقلل المعدلات الطويلة الأمد للسلوك الإجرامي ، ويعتبر العلاج متعدد النظم علاجاً متوازناً من حيث التكلفة والعائد ؛ حيث إن التكلفة تقدر بخمس التكاليف بالنسبة للتدخلات العلاجية التقليدية (هينجلر ولى Henggeler & Lee ، ٢٠٠٣) .

والدراسات التي تناولت العلاج متعدد النظم لم تميز أو تفرق بين المراهقين الذين يظهرون المسار المستمر مدى الحياة The Life Course - Persistent Path (LCP) وبين المراهقين الذين يظهرون المسار المحدد بمرحلة المراهقة The Adolescent - Limited Path (AL) من حيث السلوكيات المعادية للمجتمع ، ومن الممكن أن يرجع جزء من نجاح العلاج متعدد النظم إلى أن مساعدة المراهقين الذين لديهم النمط المحدد بمرحلة المراهقة يقلل إلى حد كبير من ارتباطهم بالأقران المنحرفين ، أو عن طريق عمل ذلك ينخفض العمر الذي يكفون فيه أو يمتنعون فيه عن السلوك المنحرف (ماش وولف Mash & Wolfe ، ٢٠٠٧) ، وأحد الإسهامات الهامة لهذا البرنامج هو قدرته على تقييم التدخلات العلاجية بطريقة دقيقة جداً من خلال الدراسات الخاصة بنتائج العلاج والتي تم التحكم فيها أو مراقبتها بدقة ، والنتائج الأولية المستمدة من الدراسات عن كفاءة العلاج

متعدد النظم في تقليل السلوك العدواني والمضاد للمجتمع حتى في الأطفال المضطربين بدرجة شديدة جداً كانت نتائج واعدة ومبشرة بالخير إلى حد كبير (فريك Frick ، ٢٠٠١) .

٩- تدريس النموذج الأسرى في البيوت الجماعية وبيوت تربية الأطفال بالتبني :

يُستخدم الكثير من البيوت الجماعية للمراهقين العدوانيين والمنحرفين في الولايات المتحدة الأمريكية المبادئ الأساسية للتربية الأسرية ، وكل بيت من هذه البيوت الجماعية يدار بواسطة زوجين (رجل وامرأة متزوجان) ممن يتوافر لديهما تدريب لمدة عام على الأقل في أساسيات أو مبادئ التدريس الأسرى ، ويتضمن هذا الأسلوب العلاجي ما يلي :

- التدريس الأكاديمي المرشد Academic Tutoring
- نظام تعزيز لمراقبة السلوك في المدرسة .
- نظام نقاط متعدد المستويات .
- التدريب على المهارات الاجتماعية .
- إجراءات ضبط النفس .

وتدعم الشواهد فوائد مبادئ التدريس الأسري أثناء تواجد المراهقين في البرنامج ، ومع ذلك تلاشت النتائج عندما ترك المشتركون البرنامج ، ويعد ذلك مثالاً خاصاً للمصاعب الكبرى لتعميم التحسن الذي يوجد غالباً مع البرامج السلوكية (فاريل Farrell ، ٢٠١١) .

ويعتمد برنامج مركز أوريجون للتعلم الاجتماعي Oregon Social Learning Center Program على عناصر نظرية التعلم الاجتماعي والارتباط الشرطي ، ويسعى إلى معالجة العدوان وعدم الامتثال عند الأطفال

الذين تتراوح أعمارهم من ٣ – ١٢ سنة ، وتعليم الوالدان تحديد ومراقبة سلوك طفلهم ، والتركيز على السلوكيات التي تزعجهم ، ويفعلون ذلك يومياً لمدة ساعة واحدة خلال الأسبوع ، وبعد ذلك يقدم البرنامج نظاماً للتعزيز الايجابي مكون من نقاط تؤيدها المعززات ، ويتعلم الوالدان استخدام استراتيجيات الحرمان من الأنشطة الترفيهية نتيجة لعدم الامتثال وممارسة السلوك العدواني وفقدان الامتيازات (باترسون وفورجاتش Patterson & Forgatch ، ١٩٩٥) كما يتضمن البرنامج أيضاً تعليم استراتيجيات حل المشكلات ، واستراتيجيات التفاوض بهدف تخفيف الأزمات والمشاكل الأسرية والمصاعب الزوجية (باترسون وشامبرلاين Patterson & Chamberlain ، ١٩٨٨) .

١٠- الحزم المجمعة للتدخلات التي تركز على المراهق :

رغم صعوبة التأكيد على تأثير برامج المهارات الفردية مثل التدريب على المهارات الاجتماعية ، ومهارات حل المشكلات ، وضبط الغضب ، والتدريب على التفكير الأخلاقي Moral Reasoning إلا أن الحزم المجمعة أو المركبة قد تكون أكثر فاعلية أو تأثيراً في علاج الحالات المتعددة للاضطرابات السلوكية (اضطراب المسلك ، واضطراب العناد والتحدي ، واضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد) ، وهناك حزمة واحدة تحت عنوان إعداد الشباب لمساعدة بعضهم البعض Equipping Youth to Help One Another تجمع بين ضبط الغضب ، والتدريب على المهارات الاجتماعية ، والتدريب على التفكير الأخلاقي ، والتدريب على مهارات حل المشكلات وذلك في مكان جماعي (جيبس وآخرون Gibbs et al. ، ١٩٩٦) ، ووجدت نتائج واعدة مع عينة صغيرة من المجرمين أو المنحرفين المحبوسين ممن تتراوح أعمارهم من ١٥ – ١٨ سنة تشير إلى أنه بعد عام واحد من إطلاق سراحهم كان معدل المجموعة بخصوص العودة

إلى الانحراف أو الإجرام أسوأ بكثير لدى أفراد المجموعة الضابطة ؛ حيث بلغ ٤١% بينما كان معدل الإجرام لـدى أفـراد مجموعـة التـدخل ١٥% (فاريل Farrell ، ٢٠١١) .

١١- التدخلات القائمة في المدرسة :

تعتمد التدخلات القائمة في المدرسة على برنامج التدريب على تعلـيم مقاومة العصابة Gang Resistance Education Training الذي يـستهدف معالجة الانضمام إلى العصابات ، وهذا البرنامج أظهر نتائج هامة ودالـة ، وقام ضباط تنفيذ القانون (ضباط المراقبة) بتدريس منهج مدته تسعة أسابيع لتلاميذ المدارس الإعدادية ، وتضمن ذلك تدريبات وطرق تفاعلية قصد منها إبراز أهمية نتائج عنف العصابات ، كما تضمنت الأنشطة تعليم تحديد الهدف وحل الصراع ومقاومة الضغط من جانب الأقران ، ونظراً لأن اضـطراب المسلك له أسباب متعددة فإنه من المحتمل بكثير من البـساطة والتفـاؤل أن نتوقع ارتباطات مباشرة بين المتغيرات المتعلقة بالمدرسة وبين الانحراف ، ومع ذلك فالمدرسة هى مكان هام لبرامج اضطراب المسلك والانحـراف ، ولهذا فمن الممكن تعديل البيئة المدرسية لتغيير السمات المرتبطة بالانحراف (فوناجى وآخرون .Fonagy et al ، ٢٠٠٢) .

العلاج الدوائي / العلاج بالعقاقير : Pharmacotherapy

لا ينبغي أن يكون العلاج الدوائي Pharmacotherapy هـو العـلاج الأساسي لاضطرابات السلوك الفوضوي وذلك على الرغم من أن الدواء قـد يتم وضعه في الاعتبار عند علاج الأطفال الذين لـديهم حـالات مرضـية مشتركة مثل اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، والقلـق ، والاكتئاب ، وعندما يتم استخدام المنبهات النفسية مع الأطفال الـذين لـديهم اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائـد واضـطرابات الـسلوك

الفوضوي يجب تنفيذ المراقبة الدقيقة والإشراف الدقيق نظراً للانتشار المتزايد لاستخدام وسوء استخدام المادة .

ويهدف هذا الأسلوب العلاجي إلى استخدام العقاقير للسيطرة على السلوك المعادى للمجتمع ، وتم استخدام العديد من الأدوية في علاج اضطراب المسلك والعدوان ، وتضمنت هذه الأدوية المنبهات النفسية Psychostimulants والليثيوم Lithium والكاربامازبين Carbamazepine والريزبريدون Risperidone وذلك على الرغم من أن استخدام هذه الأدوية لم يخضع لتقييم دقيق ، كما تستخدم كربونات الليثيوم Lithium Carbonate والهالوبيردول Haloperidol بسبب تأثيرهما المضاد للسلوك العدواني ، ومما يجب الإشارة إليه أن فائدة الأدوية أو تأثيرها يجب أن يتوازن مع الآثار الجانبية المحتملة لها في حالة العلاجات الدوائية التي تحت المراجعة أو التي لم تحظ بالتقييم الكافي ، وينبغي أن يقتصر العلاج الدوائي على الحالات الشديدة فقط ، بحيث يستهدف أعراض مرضية معينة ولاسيما العدوان (بورك وآخرون .Burke et al ، ٢٠٠٢) .

ويمكن اعتبار العلاج بالأدوية علاج مساعد لاضطراب المسلك والحالات المرضية المصاحبة له أو المشتركة ، وعلى الرغم من عدم وجود أدوية تم الموافقة عليها بطريقة رسمية لعلاج الاضطراب ، فقد يساعد العلاج الدوائي على علاج أعراض مرضية معينة ، وهناك حاجة لمزيد من الدراسات لتقييم دور العلاج الدوائي بالنسبة لاضطراب المسلك ، وعن طريق تحسين الانتباه ، وزيادة النشاط الكفي Inhibitory Activity قد تساعد الأدوية على تحسين قدرة الأطفال على الاستفادة من التدخلات العلاجية النفسية الاجتماعية الأخرى ، والغالبية العظمى من الدراسات تتضمن المرضى الذين لديهم اضطراب المسلك والحالات المرضية المصاحبة له مثل

اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، والاكتئاب الرئيسي أو الجسيم Major Depression ، وتم استخدام الأدوية المنبهة Stimulants ومضادات الاكتئاب Antidepressants والليثيوم Lithium ومضادات التشنج Anticonvulsants والكولوندين Clonidine (كاتابرس Catapres) في علاج اضطراب المسلك (سيارجت وآخرون .Searight et al ، ٢٠٠١) .

والتدخل العلاجي الأولى المعقول من جانب أطباء الأسرة هو تعليم الوالدين الأساليب الفنية الواضحة والمباشرة والمحددة بخصوص التفاعلات أو الاتصالات الواضحة لكي يستخدمونها مع الأطفال الذين يعانون من اضطراب المسلك (سيج ودايتز Sege & Dietz ، ١٩٩٤) ، وفيما يلي عرض لأهم الأدوية التي يتم استخدامها في علاج اضطراب المسلك .

أ- الأدوية المنبهة :

يذكر كلين وآخرون .Klein et al (١٩٩٧) أن الأدوية المنبهة تشمل الميثيل فينديث Methylphenidate (أو الريتالين Ritalin) ، والديكسترو أمفيتامين Dextro Amphetamine (أو الديكسدرين Dexedrine) وهما من أكثر الأدوية الواعدة أو المبشرة بالخير والمستخدمة في علاج اضطراب المسلك ، ومع ذلك لا يوجد إجماع أو اتفاق في الآراء بخصوص كفاءة الأدوية المنبهة في علاج اضطراب المسلك ، فالأدوية المنبهة التي تم تقييمها في دراسات صغيرة نسبياً قد بينت أنها فعالة في خفض وتقليل العدوان ، ولاسيما لدى المرضى الذين لديهم اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد كحالة مرضية مشتركة أو مصاحبة وذلك عند مقارنة ذلك بالدواء الوهمي Placebo .

وتوجد نسبة كبيرة تتراوح بين ٦٠% : ٩٠% من الأطفال الذين تم

تحويلهم للعيادات لعلاج اضطراب المسلك كان لديهم أيضاً اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (أبوكوف وكلين Abikoff & Klein ، ١٩٩٢) وقد تؤدي الاندفاعية المصاحبة لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد إلى بعض السلوكيات العدوانية وغيرها من أوجه السلوك التي تصاحب اضطراب المسلك (فريك وآخرون .Frick et al ، ٢٠٠٠) ، وبالإضافة إلى ذلك قد يساهم وجود اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بطريقة غير مباشرة في حدوث المشكلات السلوكية من خلال تأثيره على تفاعلات الأطفال مع الأقران والأفراد الآخرين المهمين كالوالدين والمعلمين أو من خلال تأثيره على قدرة الوالدين على استخدام الاستراتيجيات الفعالة للتنشئة الاجتماعية أو تأثيره على قدرة الطفل على الأداء من الناحية الأكاديمية أو الدراسية (فريك Frick ، ٢٠٠١) ، ولذا فإن تقليل الأعراض المرضية لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يُعد أمراً هاماً بخصوص الهدف العلاجي لكثير من الأطفال والمراهقين ذوى اضطراب المسلك ، ويُعد استخدام الأدوية المنبهة واحداً من العلاجات الأكثر نجاحاً في علاج اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وفاعلية هذه الأدوية تتمثل في تقليل المشكلات السلوكية عند الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد واضطراب المسلك اتضحت في العديد من التجارب العلاجية التي تم التحكم في نتائجها ، ومن الأدوية التي ثبت فاعليتها دواء الميثيل فينديت أو الريتالين Methylphenidate (Ritalin) ؛ حيث يساعد على خفض السلوكيات المشينة بما في ذلك العدوان اللفظي والبدني والإغاظة أو المضايقة ، وتدمير الممتلكات وتقليل المشكلات السلوكية إلى حد كبير وخاصة المشكلات الثانوية المرتبطة باضطراب المسلك ، وفي تحسين العلاقات بالأقران ، وتقليل النزاع مع الوالدين والمعلمين ، وهناك العديد من الاعتبارات الهامة التي

يجب وضعها في الاعتبار عند استخدام الأدوية المنبهة في علاج اضطراب المسلك منها أن الأدوية المنبهة تقلل من مشكلات المسلك عند الأطفال الذين لا يوجد لديهم تشخيص مشترك يفيد بوجود اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد .

ومما يجب الإشارة إليه أن التأثير الأساسي للأدوية قد يكون بغرض زيادة استجابة الطفل للتدخلات العلاجية الأخرى بمعنى أنها تجعل الطفل أكثر استجابة للبرامج العلاجية المختلفة .

ب- مضادات التشنج :

الليثيوم ومضادات التشنج : Lithium & Anticonvulsants

الليثيوم دواء منشط نفسياً له خواص مضادة للعدوان ، وقد أوضحت النتائج المستمدة من العديد من الدراسات انخفاض العدوان بعد تعاطي الليثيوم ، ويتطلب تعاطي الليثيوم مراقبة منتظمة لمستوى الدم لتقدير نسبة السمية المحتملة أو الممكنة ، وينبغي التأكد من نسبة السمية مرتين في الأسبوع إلى أن تصبح الحالة الكلينيكية مستقرة مع المراجعات الشهرية بعد ذلك ، والمراقبة والسمية المرتبطة بالعلاج بالليثيوم يحدا من استخدام هذا الدواء ، كما أن مضادات التشنج أيضاً تقلل من السلوك العدواني (كيوفا وآخرون .Cueva et al ، ١٩٩٦) ، ومن أهم مضادات التشنج المستخدمة في علاج اضطراب المسلك الفينوتوين أو ديلانتين Phenytoin (Dilantin) وكاربامازبين أو تيجريتول Carbamazepine (Tegretol) وحمض الفالبوريك أو ديباكين Valproic Acid (Depakene) ، ويجب مراعاة الجرعة المستخدمة والاحتياطات الواجب وضعها في الاعتبار .

وهكذا يتضح أن السلوكيات الفوضوية وما يصاحبها من تشخيصات تتعلق باضطراب العناد والتحدي ، واضطراب المسلك تُعد السبب الرئيسي

أو الشائع وراء سعى الوالدين للحصول على الرعاية الطبية من المتخصصين في مجال الرعاية الصحية الأساسية للأطفال ، ولهذا فمن المفيد أن نفهم عوامل الخطورة ، والتقدير ، والعلاج المتضمن في الرعاية بالنسبة للأطفال الذين لديهم سلوكيات فوضوية ، وعلى الرغم من أن اضطرابات السلوك الفوضوي تكون مزمنة في أغلب الأحيان ، فإن التعرف والتدخل المبكر للسلوكيات المسببة للمشكلات يساعدان غالباً في تحسين الأداء الوظيفي للأطفال والأسر المتأثرة بهذا الاضطراب .

العلاج التفاعلي بين الوالدين والطفل :

يُعد العلاج التفاعلي بين الوالدين والطفل Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) علاجاً قائماً على الدليل Evidence Based Treatment (EBT) للأطفال الصغار الذين لديهم اضطرابات السلوك الفوضوي ، ويهدف إلى تعليم الوالد أو الوالدة كيفية تطوير علاقة دافئة مع الطفل ، وتعليم الطفل كيف يسلك أو يتصرف بطريقة ملائمة ، كما أن تطوير الوالدين لمهارات اللعب بدون تعليمات رسمية يؤدى إلى تحسين نوعية العلاقة بين الطفل ووالديه ، وبعد ذلك وفي إطار التفاعل بين الطفل ووالديه يتعلم الوالدان أن يوجهوا لعب طفلهم بتعليمات مباشرة ، ويسعى الوالدان إلى تأسيس نتائج متوافقة بإستخدام المدح عند الامتثال والحرمان المؤقت عند عدم الامتثال .

ويُعد السلوك الفوضوي من أكثر الأسباب شيوعاً لإحالة الأطفال الصغار إلى خدمات الصحة النفسية ، ويمكن أن يتنوع من المخالفات البسيطة نسبياً مثل الرد بأسلوب غير لائق وعدم الاحترام إلي ارتكاب أعمال عدوانية كبيرة ، وتصنف اضطرابات السلوك الفوضوي إلى اضطراب العناد والتحدي Oppositional Defiant Disorder ، واضطراب المسلك

وذلك استناداً إلى حدة السلوك وطبيعة المشكلات Conduct Disorder (CD) التي يتم إظهارها ، ويتزامن حدوث اضطرابات السلوك الفوضوي في أغلب الأحيان مع اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) ، ويرى جيوفارا وآخرون Guevara et al. (٢٠٠٣) أنه تم استخدام العلاج التفاعلي بين الوالدين والطفل بكفاءة في علاج السلوك الفوضوي عبر المدى الكامل لحدة المشكلة ، وأن اضطرابات السلوك الفوضوي التي لم يتم علاجها تعتبر مكلفة جداً للمجتمع فالأطفال الذين لديهم اضطرابات السلوك الفوضوي يمثلون نسبة مئوية أكبر فيما يتعلق بتكاليف الرعاية الصحية وذلك مقارنة بالأطفال الذين لديهم حالات صحية مزمنة مثل الربو والصرع والسكر .

والأطفال الصغار الذين يظهرون باستمرار مستويات عالية للسلوك الفوضوي يفشلون في تعلم السلوك الإيجابي الذي يحبذه المجتمع ويكونون في خطورة عالية من جراء حدوث السلوك المعادى للمجتمع لديهم وكذلك النشاط الإجرامي وذلك في مرحلتي المراهقة والرشد (زيسر وآيبرج Zisser & Eyberg ، ٢٠١٠) .

نظرة عامة حول المشكلة الكلينيكية :

استناداً إلى نظرية بايمرند Baumrind التنموية للأسلوب الوالدي فإن العلاج التفاعلي بين الوالدين والطفل يستمد من مبادئ التعلق والتعلم الاجتماعي لتعليم الأسلوب الوالدي التسلطي (أي تركيبة من التربية والاتصالات الجيدة والسيطرة الحازمة) ، وارتبط الأسلوب الوالدي التسلطي Authoritative Parenting Style بعدد أقل للمشكلات السلوكية للطفل مقارنة بالأساليب الوالدية البديلة Alternative Parenting Styles عبر مدى متنوع للعينات السكانية الكلينيكية (أبراهامز وآخرون Abrahamse et al. ،

. (٢٠١٢

وطبقاً لنظريـــة التعلـق أو الارتبــاط Attachment Theory فــإن الاستجابة والدفء الوالدي للاحتياجات النفسية للأطفال الصغار يساهمان في نمو نموذج عمل آمن فيما يتعلق بالعلاقات بين الوالدين والأطفــال والــذي يؤدي بدوره إلى تنظيم أو ضبط انفعالي أكبر ويزيد أو يحسن مــن رغبــة الطفل في أن يسعد والديه ويكون لديه استعداد وإرادة للامتثال وعلى العكس من ذلك فإن الوالدين غير المستجيبين للاحتياجات والتعبيرات الانفعاليــة أو النفسية لأطفالهم يساعدان على تقوية أو الارتباط غير الآمن ، كمــا ارتــبط التعلق سيء التوافق بين الوالدين والطفل بكل من الـسلوك العـدواني عنـد الأطفال ، والكفاءة الاجتماعية المتدنية ، والمهارات الرديئــة فيمــا يتعلــق بالتصرف أو المجاهدة ، وتقدير الذات المتدني ، والعلاقــات الرديئــة مــع الأقران ، وعلاوة على ذلك فإن التعلق أو الارتباط غير الآمن بـين الطفــل ووالديه يرتبط بضغوط متزايدة عند الأم ، وخطــورة عاليــة فيمــا يتعلــق بالإساءة إلى الطفل وإهماله .

وتقوم الأساليب الفنية لإدارة السلوك التي يـتم تعلمهــا فــي العــلاج التفاعلي على نظرية التعلم الاجتماعي التي تؤكد على العوامل التي تُـشكل التفاعلات المختلفة بين الأطفال الذين لديهم سـلوك فوضــوي ووالــديهم ، وتتميز هذه التفاعلات بسلوكيات منفرة بشكل كبير وتنتج من محاولات كــلا الوالدين والطفل للتحكم في أو السيطرة على أعمال أو أفعال الآخرين علــى سبيل المثال المجادلة والعنف والنقد والعدوان ، ولتفسير هذه الـدورة فإنــه يجب على الوالدين أن يغيروا من سلوكهم لإدخال أو وضع حد واضح فــي سياق العلاقة المتسلطة ، وبالتالي فإن أهداف العلاج التفاعلي بين الوالــدين والطفل هي تحسين العلاقة بين الوالدين والطفل ، وكــذلك مهــارات إدارة

السلوك الوالدي (زيسر وآيبرج Zisser & Eyberg ، ٢٠١٠) .

وتوضح نظرية العلاج التفاعلي بين الوالدين والطفل أن العلاقة القائمة على الدفء والرعاية والمحبة تُعد أساساً ضرورياً لعمل وضع فعال للحدود والاتساق في التأديب والذي يؤدى بدوره إلى تغير دائم في سلوكيات كلاً من الطفل ووالديه ، ولهذا ففي المرحلة الأولى للعلاج التفاعلي بين الوالدين والطفل– التفاعل الموجه نحو الطفل Child-Directed Interaction (CDI) – يتعلم الوالدان أن يقودا الطفل في اللعب والهدف النوعي للتفاعل الموجه نحو الطفل هو زيادة الاستجابة الوالدية وإنشاء علاقة آمنة وقائمة على الحب والرعاية بين الوالدين والطفل ، وبمجرد أن يتمكن الوالدين من مهارات التفاعل الموجه نحو الطفل فإن المرحلة الثانية للعلاج تتضمن التفاعل الموجه نحو الوالدين Parent-Directed Interaction (PDI) الذي يقوم فيه الوالدان بإرشاد الطفل عند الحاجة إلى ذلك ، وهدف التفاعل الموجه نحو الوالدان هو تحسين وضع الحدود الوالدية والاتساق في التأديب لتقليل عدم الامتثال عند الطفل ، والعدوان وأوجه السلوك السلبية الأخرى ، ويقوم المعالجون بتعليم الوالدين مهارات حل المشكلات لمساعدتهم في تطبيق المبادئ والمهارات التي تعلموها أثناء التفاعل الموجه نحو الطفل ، والتفاعل الموجه نحو الوالدين على المواقف الجديدة والمشكلات الجديدة عندما تحدث (هيمبرى – كيجين وماك نيل Hembree-Kigin & McNeil ، ٢٠١٠) .

خصائص برنامج العلاج التفاعلي :

يتضمن برنامج العلاج التفاعلي الأطفال الذين تتراوح أعمارهم الزمنية بين ٣ – ٦ سنوات الذين تم تحويلهم عن طريق مقدمي الرعاية وأطباء الأطفال والمعلمين والأخصائيين في مجال الصحة النفسية ممن يعانون من

اضطرابات السلوك الفوضوي ، ومع ذلك فإن الأطفال الأصغر سناً والأطفال الأكبر سناً من الممكن انضمامهم إلى الجلسات العلاجية ، كما استخدم هذه الأسلوب العلاجي أيضاً مع الأطفال الذين تعرضوا للإساءة الجسمية والذين لديهم مشكلات سلوكية داخلية ، وقد يشمل العلاج أحد الوالدين أو كلاهما أو مقدمي الرعاية الآخرين المهمين في حياة الطفل مثل الجد أو الجدة ، ويعتمد العلاج التفاعلي في تصميمه على العلاج الأسرى الفردي Individual Family Treatment وفي العلاج التفاعلي الجماعي يتم الإبقاء على مكون التدريب الثنائي للوالدين والطفل ، ويكون حجم المجموعة من الناحية النمطية يتراوح من ثلاث عائلات إلى ست عائلات لكل مجموعة (توماس وزيمر-جيمبك Thomas & Zimmer-Gembeck ، ٢٠٠٧) .

وتبدأ كل مرحلة علاجية بجلسة للتعليم يقوم فيها المعالج بشرح النماذج ولعب الأدوار ومهارات التفاعل الموجه نحو الطفل ، والتفاعل الموجه نحو الوالدين ، ويلي ذلك جلسات تدريبية يمارس فيها الوالدين المهارات مع طفلهم بينما يدربهم المعالجون على أوجه السلوك الجديدة ، ويقوم الوالدان بتكملة مقياس قصير للتقدير قبل كل جلسة من أجل مراقبة المشكلات السلوكية عند طفلهم والتي تحدث في البيت ، وتبدأ جلسات التدريب بمراجعة موجزة لما تمت مناقشته في الأسبوع الماضي تليها ملاحظة مكودة Coded Observation لمدة خمس دقائق بخصوص التفاعل بين الوالدين والطفل من أجل تحديد أى المهارات التي أجادوها وأي المهارات التي ستكون أهدافاً هامة للتدريب أثناء الجلسات(بوجز وآخرون .Boggs et al ، ٢٠٠٥) .

ويشكل التدريب الغالبية العظمى من وقت الجلسة ، ويقوم المعالجون عادة بالتدريب في حجرة أو غرفة مزودة بحاجز للرؤية أو مرآة من جانب واحد ، وباستخدام جهاز تنصت اليكتروني يتم تركيبه في الأذن بهدف

الاتصال بالوالدين اللذان يلعبان مع طفلهم ، وفي حالة عدم توافر أو وجـــود مثل هذا النظام يقوم المعالج بتدريب الوالدين داخل قاعة اللعـــب ، ويتكـــون التدريب من عبارات موجزة ومتكررة تقدم للوالدين التغذية المرتدة الفوريـــة عن مهاراتهم في التفاعل الموجه نحو الطفل والتفاعل الموجه نحو الوالـــدين على سبيل المثال " ممتاز " ، " عمل جميل " ، وطريقتهم على سبيل المثـــال " حماسي رائع " ، " أحسنت في البقاء هادئاً " ، أو تـــشجيعهم علـــى ســـبيل المثال " لقد ظل في المهمة وقتاً أطول عندما تصف مـــا يفعلـــه " ، ويقـــوم المعالج أيضاً بتقديم اقتراحات على سبيل المثال " أمدحه قـــدر اســـتطاعتك عندما يلعب بهدوء ونظام على هذا النحو " ، ويندهش الوالـــدان ويـــشعرون بالارتياح عندما ينشغلون أو يشتركون مع طفلهم ، ويعلق الوالدان في أغلب الأحيان على الاطمئنان الذي يشعرون به ، ومن المحتمل أن يكـــون ســـبب ارتياحهم هو تدريب المعالجين والانتباه الدقيق لمهارات التدريب .

ويستخدم المعالجون عبارات موجزة يتم ذكرها فقط عندما لا يتحـــدث الطفل أو الوالدان لمنع تشتيت الوالدين ولتمكينهم من التركيز علـــى كلمـــات ولعب طفلهم ، ويقوم المعالجون أيضاً بتفصيل تدريبهم فيما يتعلق بالمفردات التي يستخدمها الوالدان وأسلوب التفاعل وإتبـــاعهم للمبـــادئ أو الخطـــوط الإرشادية للتدريب في جلسات ومواقف معينة ، فعلى سبيل المثال ففي جلسة التدريب الأولى عندما يكون قلق الوالدين عالياً في البداية ، يقوم المعـــالجون بتحديد تغذيتهم المرتدة للطمأنينة وتقديم المدح عند تطبيق المهارة الصحيحة ويكون الأطفال مرتاحين أيضاً مع التدريب فحتى عندما يقـــوم المعـــالجون بالتدريب من داخل غرفة اللعب ينتبه الأطفال لفترة وجيزة فقط للمعـــالجين قبل الاشتراك بدرجة كاملة في اللعب مع الوالدين .

وفي نهاية كل جلسة يقوم المعالجون والوالـــدين بمراجعـــة لملخـــص

يوضح عدد المرات التي استخدموا فيها مهارة التفاعل الموجه نحو الطفل أو التفاعل الموجه نحو الوالدين أثناء فترة الملاحظة الأولية لمدة خمس دقائق ، وبهذا يستطيع الوالدان أن يتتبعوا تقدمهم الأسبوعي في المهارات ويقرروا أي مهارة من المهارات يجب التركيز عليها أثناء جلساتهم اليومية للممارسة في الأسبوع التالي ، ويقوم الوالدان والمعالجون بمراجعة رسم بياني لتقدم أطفالهم استناداً إلى تقديرات السلوك الأسبوعية للوالدين .

محتوى جلسات العلاج :

– التفاعل الموجه نحو الطفل : Child-Directed Interaction(CDI)

القاعدة الأساسية للوالدين أثناء التفاعل الموجه نحو الطفل هى إتباع تقدم الطفل ، فيتعلم الوالدان استخدام مهارات الاتصال النوعية (أوصاف السلوك ، وأوجه المدح) التي تجذب الانتباه وكذلك أوجه السلوك الإيجابية عند الطفل عندما يلعبون معاً ، كما يتعلم الوالدان أيضاً ألا يستخدموا اتصالات معينة (الأوامر ، والأسئلة ، والنقد) التي تضايق الطفل ، وأن يتجاهلوا أوجه السلوك السلبية المتوسطة التي تحدث ، ويجب توجيه الانتباه إلى أوجه السلوك الإيجابية فقط عند الطفل في هذه المرحلة الأولية للعلاج ، ويتعلم الوالدان أيضاً أن يستخدموا تكنيك الانتباه الاجتماعي الفارق Differential Social Attention لتشكيل سلوك طفلهم ، وفي نهاية جلسة التفاعل الموجه نحو الطفل يقدم المعالجون للوالدين مذكرة تحتوى على ملخص للمهارات ويطلبون من الوالدين أن يمارسوا المهارات لمدة خمس دقائق كل يوم ، ويقوم الوالدان بتسجيل ممارستهم المنزلية اليومية في مذكرة أو كراسة منفصلة ويذكرون أي مشاكل تكون قد نشأت أو حدثت أثناء الجلسات المنزلية (ويرا وآخرون Werra et al. ، ٢٠٠٧) .

وفي الجلسة الأولى لتدريب التفاعل الموجه نحو الطفل يقوم المعالجون

بالتركيز بدرجة مطلقة على استخدام تعزيز الوالدين لأي مهارة من مهارات التفاعل الموجه نحو الطفل ، وفي الجلسات المتعاقبة يستهدف التدريب أيضاً مهارات معينة يجدها الوالدان صعبة جداً ، فعلى سبيل المثال قد يركز المعالج على زيادة المدح ، وعندما يقدم أحد الوالدين المدح يقوم المعالج بتنبيه الوالد أو الوالدة لتحديد هذا المدح بقوله ما الذي يشمله هذا المدح ؟ ، ويقوم المعالج أيضاً بتعزيز وتشجيع الوالدين على نحو دقيق لكل استخدام لمدح موصوف أو محدد (على سبيل المثال: لقد وصفت أو حددت هذا المدح بطريقة عظيمة وواضحة) .

وإذا أظهر الطفل أي سلوك فوضوي أثناء جلسة التفاعل الموجه نحو الطفل يتم تدريب الوالدين على تجاهل الطفل عن طريق النظر بعيداً وعدم التحدث أو الإيحاء بأي إشارة إلى الطفل ، فتجاهل السلوك السيئ يساعد الطفل على فهم الفرق بين استجابة الوالدين للسلوك الايجابي والسلبي ، ويتم توجيه النصح إلى الوالدين بأن السلوك الذي تم تجاهله قد يزداد سوءاً قبل أن يتحسن ، وأنه يجب على الوالدين أن يواصلوا التجاهل حتى يتحسن سلوك الطفل ، وبعد ذلك يتم تدريب الوالدين على أن يعودوا إلى مهارات الانتباه الإيجابي عندما يبدأ الطفل في أن يتصرف أو يسلك بطريقة ملائمة مرة أخرى ، ويتم تدريب الوالدين أيضاً على أن يتوقفوا عن التعامل مع أوجه السلوك التي تكون مدمرة أو عدوانية بشكل خاص ، وتتضمن هذه السلوكيات الضرب والعض أو تكسير اللعب أو الأشياء الأخرى ، كما يقوم المعالجون بتدريب الوالدين على أن يشرحوا أن الوقت الخاص للطفل قد انتهى بسبب السلوك المدمر أو العدوان ، ويتم تشجيع الوالدين على إعادة الاشتراك في التفاعل الموجه نحو الطفل في وقت لاحق عندما يكون الطفل هادئاً .

ويستمر المعالجون في إرشاد وتدريب الوالدين على استخدام مهارات

التفاعل الموجه نحو الطفل حتى يفي أو يحقق الوالدان المعايير الدنيا للإجادة أو التمكن أثناء فترة الملاحظة الأولية التي تستغرق خمس دقائق ، وبمجرد أن يفي الوالدان بهذه المعايير ينتقلون إلى المرحلة الثانية للعلاج وهى التفاعل الموجه نحو الوالدين ، ونظراً لأن المهارات المتعلقة بالتفاعل الموجه نحو الطفل تشكل أساساً هاماً لتحقيق الاستمرار في التأديب الفعال فإن جلسات الممارسة المنزلية للتفاعل الموجه نحو الطفل والتي تستغرق خمس دقائق تستمر أيضاً خلال العلاج .

التفاعل الموجه نحو الوالدين : Parent-Directed Interaction (PDI)

تتضمن الأهداف الأساسية للتفاعل الموجه نحو الوالدين تقليل عدم الامتثال وأوجه السلوك غير الملائمة التي يصعب تجاهلها أو من الصعب جداً جداً أن يتم تجاهلها (على سبيل المثال الضرب وتدمير اللعب) ، ويستمر الوالدان في تقديم الانتباه الايجابي لأوجه السلوك الملائمة في التفاعل الموجه نحو الوالدين ، ومع ذلك فبدلاً من إطلاق العنان للطفل يتعلم الوالدان أن يقدموا توجيهات فعالة وأن يواصلوا بطريقة متسقة تقديم الاستجابات الهادئة والتي يمكن التنبؤ بها فيما يتعلق بسلوك الطفل ، وكلا الوالدان والطفل يعرفون النتائج التي سوف تلي طاعة أو عصيان الطفل والتي تقلل القلق الوالدي ، وتساعد الوالدين على أن يشعروا بمزيد من التحكم أو السيطرة على سلوك طفلهم ، ويقوم المعالجون بتعليم الوالدين أن يعطوا أو يقدموا لأطفالهم أوامر واضحة ومحددة بطريقة إيجابية ومباشرة بدلاً من الانتقادات (على سبيل المثال "إسألنى بهدوء" بدلاً من " كف عن الصراخ") ، أو يقدموا أوامر غير مباشرة تقترح الامتثال الاختياري (على سبيل المثال " أجلس من فضلك " بدلاً من " ما رأيك في الجلوس هنا بجواري؟ " ، ويتعلم الوالدان أيضاً أن يشرحوا الأوامر إما قبل إعطائها (لقد

حان وقت مغادرتك لقاعة اللعب ، من فضلك ضع المكعبات في علبتها) أو بعد أن يتم إطاعتها (أشكرك على الانتباه الجيد والسريع) ، ويتعلم الوالدان أن يتجنبوا المجادلة أو الجدل مع الطفل وذلك من خلال تجاهل تكنيكات التأخير أو الإرجاء عند الطفل حتى يتم إطاعة الأمر ، كما يتسلم الوالدان كتيب إرشادي يقوم بتلخيص القواعد لمراجعتها في البيت ، وفيما يلي عرض للأوامر التي يقوم المعالجون بتعليمها للوالدين :

١- اجعل الأوامر مباشرة بدلاً من أن تكون غير مباشرة :

مثال : ارسم دائرة بدلاً من هل من الممكن أن ترسم دائرة أو هل سترسم دائرة ؟ أو ضع المكعب في الصندوق ، فالأمر المباشر يُسهل أداء المهمة ويقلل الارتباك عند الطفل .

٢- حدد الأوامر بطريقة إيجابية :

كأن نخبر الطفل بما يجب أن يفعله بدلاً مما لا يجب أن يفعله مع تجنب النقد ، وتقديم جمل أو عبارات واضحة لما ينبغي أن يفعله الطفل .

مثال : ضع يدك في جيبك بدلاً من لا تلمس الزجاج .

٣- أعط أمر واحد في المرة الواحدة :

تقديم أمر واحد للطفل يساعده على تذكر الأمر بأكمله ويمكن الوالدين من تحديد ما إذا كان الطفل أكمل الأمر أم لا .

مثال : ضع الأقلام في الصندوق بدلاً من ضع الأقلام في الصندوق وضع الصندوق في الدولاب وأغلق باب الدولاب .

٤- اجعل الأوامر واضحة ومحددة بدلاً من أن تكون غامضة :

كأن يخبر الوالدين الطفل بما يجب أن يفعله بالضبط .

مثال : من فضلك اجلس بهدوء بدلاً من اجعل سلوكك حسناً .

٥- اجعل الأوامر ملائمة للعمر :

حتى يتأكد الوالدان من أن الطفل يفهم ما يتوقع منه .

مثال : ارسم مربع بدلاً من ارسم مكعب .

٦- قم بإصدار الأوامر بطريقة محببة إلى نفسية الطفل (بأدب واحترام) :

يتقبل الطفل الأوامر المهذبة والمحترمة ولا يطيع الأوامر المصحوبة بالصياح أو الصراخ .

٧- اشرح الأوامر قبل إصدارها أو بعد أن يتم إطاعتها وتنفيذها :

يساعد الشرح قبل إصدار أو توجيه الأوامر على توجه الطفل نحو المهمة ، ويعطى الشرح بعد إصدار الأوامر معنى لها بينما الشرح قبل أن يتم تنفيذ المهمة يعزز إضاعة الوقت وغالباً لا يتم سماعها .

مثال : الوالد للطفل : لقد حان وقت تناول طعام العشاء من فضلك اغسل يديك .

فيرد الطفل : لماذا ؟ .

الوالد : يتجاهل الطفل .

الطفل : يطيع الأمر .

الوالد : شكراً على غسل يديك قبل تناول الطعام لأن تنظيف الأيدي يبعد الجراثيم عن جسمك ولا تصاب بالمرض .

٨- استخدام أوامر مباشرة وفعالة عندما يكون من الضروري عمل ذلك :

فعندما يجرى الطفل داخل الحجرة أو المنزل يجب على الوالد أن يكون حاسماً ويأمر الطفل بأن يجلس على الكرسي أو يكف نهائياً عن هذا السلوك .

وبعد ذلك يقوم المعالجون بتعليم الوالدين خطوات محددة يتبعونها بمجرد أن يتم إصدار الأمر ، فإذا أطاع الطفل أو كان مطيعاً للأمر يقدم الوالدان مديحاً محدداً وموصوفاً بخصوص الامتثال على سبيل المثال شكراً على استماعك ، وبعد ذلك يعودون إلى مهارات التفاعل الموجه نحو الطفل

حينما تكون هناك حاجة للأمر التالي ، وإذا لم يطع الطفل يبدأ الوالدان في تتابع الحرمان المؤقت Time Out Sequence ، ويتم تعليم الوالدين ألا يتجاهلوا أبداً عدم الامتثال ، لأن السلوك المتعلق بعدم الامتثال يتم تعزيزه إذا تم السماح للطفل بأن يعصى أو لا يطيع ، وإجراء الحرمان المؤقت يقدم خطوات ملموسة لإتباعها بعد عصيان الطفل ، وهذه الخطوات لها ثلاثة مستويات هي : التحذير ، والكرسي ، والحجرة وفي كل مستوى وقد يختار الطفل أن يطيع الوالدين وينتهي الحرمان المؤقت ، ولا ينتهي الإجراء إلى أن يطيع الطفل الأمر الأصلي .

- التحذير أو الإنذار :

يتم إصدار التحذير بعد أن يعصى الطفل أمراً مباشراً ، ويعطى الوالدان للطفل قبل إصدار التحذير أو الإنذار خمس ثوان ليبدأ في إطاعة أو تنفيذ الأمر حتى عندما لا يكون من الواضح أن الطفل ينوى الامتثال للأمر ، ولا يتم استخدام قاعدة الخمس ثوان عندما يكون من الواضح أن الطفل لا يطيع أو لا يمتثل للأمر (على سبيل المثال بعد إصدار أمر أو طلب يتضمن تسليم الوالد أو الوالدة المكعب الأحمر يقوم الطفل بإلقاء أو رمى المكعب على الأرض) ويتضمن التحذير عبارة " إذا لم تفعل ذلك (الأمر الأصلي) فحينئذ يجب عليك أن تذهب إلى كرسي الحرمان المؤقت ، وفي حالة الامتثال للأمر يقدم الوالد المدح ويستمر اللعب .

- الكرسي :

بعد الإنذار أو التحذير يستخدم الوالد من جديد قاعدة الخمس ثوان ، وإذا لم يبدأ الطفل في الامتثال للتحذير خلال الخمس ثوان يقوم الوالد بهدوء وبسرعة بأخذ الطفل على كرسي التايم أوت أو الحرمان المؤقت ويقول له إنك لم تفعل ما طلبته منك ، ولذا يجب أن تجلس على كرسي الحرمان

المؤقت The Time-Out Chair ، وهذه الجملة تذكر الطفل بسبب العقاب وتصف الارتباط بين عدم الامتثال لأمر مباشر ونتيجة سلبية ، وقد يقود الوالد الطفل إلى الكرسي بمجرد لمسه أو ربما يحمل الطفل من الخلف إذا استدعى الموقف وذلك واضعاً ذراعيه تحت أذرع الطفل وعبر صدره ، وبعد وضع الطفل على الكرسي يقول له أبقى وامكث إلى أن أخبرك أن تبدأ وهذه الجملة لها معنى مختلف تماماً أو تعنى أمكث هنا إلى أن تكون مستعداً أن تسلك بطريقة ملائمة ، ومن المهم للوالد أو الوالدة أن يحققا السيطرة أو التحكم في الوقت الذي يقضيه الطفل على الكرسي ، وإذا قام الطفل من على الكرسي حينما يرغب سيكون التايم أوت أقل فاعلية أو كفاءة .

ويقوم المعالجون بتعليم الوالدين تجاهل السلوك السلبي طالما يبقى الطفل على الكرسي ، وقد تكون هذه المهارة صعبة بالنسبة للوالدين لأن الطفل سيلجأ غالباً إلى أشكال متعددة من أشكال الممارسة الانفعالية (على سبيل المثال : لم أعد أحبك ، أنا آسف جداً جداً) وفي أحيان نادرة سيلجأ إلى السلوك الجسدي السلبي (على سبيل المثال : خلع الملابس أو محاولة جرح نفسه أو اللطم على وجهه) ويجب أن يبقى الطفل على الكرسي لمدة ثلاث دقائق زائد خمس ثوان يظل فيها هادئاً ، وهذه الخمس ثوان من الهدوء تضمن أن الطفل لا يغادر الكرسي مع وجود انطباع بأن ما قاله الطفل وهو على الكرسي قبل انتهاء الحرمان المؤقت مباشرة جعل الوالدين ينهوا التايم أوت (هيمبرى – كيجين وماك نيل Hembree-Kigin & McNeil ، ٢٠١٠) .

وبمجرد انتهاء وقت الحرمان المؤقت (التايم أوت) للطفل الذي على الكرسي يتم إعطاء تعليمات للوالد أن يذهب إلى الطفل ويقول له إنك تجلس بهدوء على الكرسي ، هل أنت مستعد لأداء المهمة الآن (الأمر الأصلي)

فإذا قال الطفل "لا" وبدأ في الجدل أو تجاهل الوالد ، فهنا يقـول الوالـد أو الوالدة " إذن أجلس على الكرسي إلى أن أقول لك متى يمكـن أن تتحـرك " وبعد ذلك يمشى الوالد وتبدأ فترة الثلاث دقائق من جديـد ، وإذا أوضـح أو أظهر الطفل أنه مستعد إما بقوله " نعم " أو بالتحرك مـن علـى الكرسـي بطريقة تنم عن الامتثال ، يقوم الوالد بأخذ الطفل ويعيده لكي يؤدى المهمة ، وبعد ذلك يوضح الوالد أنه ينبغي على الطفل أن يطيـع الأمـر الأصـلي ، ونادراً ما يرفض الطفل الطاعة عند هذه النقطة ، ولكن إذا لم يطـع الطفـل بالفعل ، يقول له الوالد مرة أخرى أنك لم تفعل ما أمرتك أن تعمله ؛ ولـذا يجب أن تجلس على كرسي التايم أوت وبعد ذلك يواصل كما تم الإشارة إليه من قبل وعندما يطيع الطفل الأمر الأصـلي يقدم الوالد تعليقاً مختصراً مثل " جميل " والمديح هنا لا يكون بشكل مكثف لأن الطفل لا يمتثل إلا بعد التايم أوت ، وبدلاً من ذلك يقوم الوالد على الفور بإصدار أمر مشابه آخر للطفل ، ويجب أن يكون نشيطاً فإذا أطاع الطفل هذا الأمر فعند هذه النقطة يقدم الوالد للطفل مديحاً حماسياً بدرجة كبيرة من أجل امتثاله وبهذه الطريقة يبدأ الطفل في التمييز بين الاستجابات الإيجابية التي تلي الامتثال الفوري والاستجابات الأقل تعزيزاً التي تأتي عقب الامتثال الذي يتطلب تـايم أوت (مـاك نيـل وهيمبرى كيجين McNeil & Hembree-Kigin ، ٢٠١٠) .

- الحجرة :

قد لا يكون كرسي التايم أوت بمفردة كافياً وخاصة إذا تحرك الطفـل وغادر الكرسي بدون إذن ، ولهذا يتم تعليم الوالدين أن يـستخدموا حجـرة التايم أوت كنوع من المساعدة لتعليم الطفل أن يظل على الكرسي ، ونادراً ما يحتاج الوالدان أن يستخدما حجرة التايم أوت بعد الثلاثـة أسـابيع الأولـى للتفاعل الموجه نحو الوالدين لأنه بصفة عامة يتعلم الأطفال بسرعة أن يظلوا

على كرسي التايم أوت بمجرد أن يدركوا أنهم سوف يضطرون إلى الذهاب إلى حجرة التايم أوت إذا نهضوا بدون إذن ، وعندما يتحرك الطفل من على كرسي التايم أوت بدون إذن يقوم الوالد بحمل الطفل أو الذهاب به إلى حجرة التايم أوت وفي نفس الوقت يقول له إنك غادرت الكرسي قبل أن يسمح لك أن تفعل ذلك ؛ ولذا يجب أن تذهب إلى حجرة التايم أوت ، وبمجرد أن يدخل الطفل حجرة التايم أوت يبقى الوالد خارج الباب ويتتبع الوقت بدقة ويمكث الطفل في الحجرة لمدة دقيقة زائد خمس ثوان في هدوء ثم يأخذ الوالد الطفل ويعود به إلى كرسي التايم أوت ويقول له أمكث على الكرسي إلى أن أخبرك أنه بإمكانك أن تنطلق ويجلس الطفل على كرسي التايم أوت من جديد وتتبع نفس الإجراءات السابقة ، وقد تحتاج هذه العملية إلى أن يتم تكرارها عدة مرات ؛ ولذا يجب على الوالد والمعالج أن يسمحا بوقت كاف للمواصلة ، وينبغي أن تكون الحجرة التي يعزل فيها الطفل خالية من أى نشاط أو أداه يمكنه أن يتعامل معها حتى لا تصبح معززاً أو مساعداً على زيادة تكرار السلوك غير المرغوب ، وينبغي أن يكون بها نافذة للملاحظة مزودة بحاجز للرؤية من جانب واحد أو كاميرا فيديو يستطيع من خلالها المعالج أن يراقب سلوك الطفل ، ومن المهم جداً أن تكون الغرفة آمنة وفعالة .

قياس تقدم العلاج :

يقوم المعالج بتقدير تقدم الأسرة خلال العلاج التفاعلي بين الوالدين والطفل بعدة طرق منها : استخدام الملاحظة وتكويد التفاعلات بين الوالدين والطفل في بداية كل جلسة لكي يتم اختيار المهارات المستهدفة خلال الجلسة وكذلك لتحديد متى قام الوالدين بالوفاء بالمعايير من أجل الانتقال من مرحلة إلى المرحلة التالية لها ومن أجل استكمال العلاج ، وقبل كل جلسة يقوم الوالدان أيضاً باستكمال مقياس الشدة أو الحدة لقائمة آيبرج لسلوك الطفل Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) الذي يقيس التكرار الحالي

للسلوك الفوضوي في البيت ، ويقوم المعالج بعمل رسم بياني للدرجة كل أسبوع لمراقبة تقدم الطفل في العلاج ، وأحد معايير انتهاء العلاج هي درجة شدة قائمة آيبرج لسلوك الطفل داخل انحراف معياري ٠,٥ للمتوسط العادي (الدرجة الخام ١١٤ والدرجة التائية ٥٥ أو أقل) ، وبالإضافة إلى ذلك لا ينتهي العلاج إلى أن يعبر الوالدان عن قدرتهم على إدارة سلوك طفلهم ويشعرون بالاستعداد لإنهاء العلاج ، ومما يجب الإشارة إليه أن العلاج التفاعلي بين الوالدين والطفل يعتمد على الداء وليس بالأحرى محدود الوقت وأن عدد الجلسات العلاجية يتراوح من ١٠ – ٢٠ جلسة بمتوسط ١٥ جلسة (زيسر وآيبرج Zisser & Eyberg ، ٢٠١٠) .

وللتأكد من نتائج العلاج التفاعلي قام شوهمان وآخرون Schuhmann et al. (١٩٩٨) بمقارنة العلاج التفاعلي بين الوالدين والطفل لأفراد المجموعة التجريبية التي تلقت العلاج التفاعلي بالمجموعة الضابطة التي في قائمة الانتظار وعقب التقدير المبدئي أو الأولى تم تخصيص ٦٤ أسرة من الأسر التي تم تحويلها للعيادات لإدخالها في علاج فوري أو مباشر Immediate Treatment أو مجموعة ضابطة على قائمة الانتظار ، وبعد العلاج فإن الأسر التي تلقت العلاج الفوري تفاعلت بطريقة أكثر إيجابية مع طفلهم وذكروا وجود تحسن دال من الناحية الكلينيكية والإحصائية وذلك فيما يتعلق بسلوك طفلهم ، وهؤلاء الآباء ذكروا أيضاً وجود ضغوط والدية أقل والمزيد من التحكم الداخلي (التحكم في السلوك من داخل الفرد) عما هو الحال لدى الآباء أو الأسر التي في قائمة الانتظار .

واهتم باجنر وآيبرج Bagner & Eyberg (٢٠٠٧) بالبحث في كفاءة العلاج التفاعلي بين الوالدين والطفل في علاج الاضطرابات الفوضوية لدى الأطفال الصغار الذين يعانون من التأخر العقلي واضطراب العناد

والتحدي كحالة مرضية مشتركة ، أوضحت النتائج وجود زيادة في السلوك الوالدي الايجابي (أي أوجه المدح ، والتفاعلات بطريقة أكثر إيجابية مع أطفالهم) وكان الأطفال أكثر امتثالاً وأقل اضطراباً أو فوضوية عقب العلاج وذلك بدرجة أكبر مما في حالة الأطفال في قائمة الانتظار ، كذلك أظهرت النتائج انخفاض في الأسلوب الوالدي السلبي أثناء لعب الطفل (أي الأسئلة ، والأوامر ، وأوجه النقد) مما يفسر وجود تغييرات في سلوك الأطفال بعد العلاج .

وللحفاظ على مكاسب أو مزايا العلاج أوضحت نتائج عديد من دراسات المتابعة استمرار نتائج العلاج التفاعلي بين الوالدين والطفل متمثلة في انخفاض أوجه السلوك السلبي لدى الوالدين والطفل ، وزيادة السلوكيات الايجابية ، وزيادة امتثال الطفل لأوامر والديه ، كما أظهرت النتائج أيضاً أن تقديرات الوالدين لمشكلات سلوك الطفل ومستوى نشاطه ظلت كما هي في مرحلة ما بعد العلاج ، وظل معظم الأطفال بلا أعراض تدل على السلوك الفوضوي واستمرت هذه النتائج لمدة عامين (آيبرج وآخرون Eyberg et al. ، ٢٠٠١) .

وأوضحت دراسة أخرى قام بها بوجس وآخرون Boggs et al. (٢٠٠٥) اهتمت بمقارنة النتائج الطولية لـ ٢٣ أسرة من الأسر التي أكملت العلاج ، ٢٣ أسرة من الأسر التي تسربت من العلاج ، أن الأسر التي أكملت العلاج استمرت في إظهار تغييرات إيجابية دالة في تقديرات السلوك الفوضى لطفلهم وكذلك انخفاض الضغوط الوالدية لديهم ، بينما العائلات التي تسربت من العلاج لم تظهر مثل هذا التغير ؛ حيث أظهرت تغير بسيط في تقديراتهم ، واستمرت هذه المكاسب السلوكية خلال فترة المتابعة التي امتدت من ٣ – ٦ سنوات ؛ حيث أظهر ٧٥% من الأسر تغيراً

دالاً من الناحية الكلينيكية ، ولكن ٢٥% لم يستمروا في الفوائد أو المكاسب ، الأمر الذي يدفع الباحثين إلى معرفة العوامل التي تضع الأسرة في خطـورة من جراء الانتكاس ، فمن الممكن أن تكون الأسرة في حاجة إلـى إجـراء بعض الجلسات الإضافية بعد أن تكون أهداف العلاج قد تحققت أو أن تكون اضطرابات السلوك الفوضوي أو الأساليب الوالدية غير المتوافقـة حـالات مزمنة بالنسبة لبعض العائلات الأمر الذي يتطلب علاج ومراقبة مستمرين .

ويُعد العلاج التفاعلي بين الوالدين والطفل فعالاً إلى حد كبيـر علـى الرغم من أنه في بعض الأحيان يتم نقده لارتباطه الصارم ببروتوكول العلاج حسب الدليل الخاص به ، يضاف إلى ذلك أن العلاج التفاعلي بين الوالـدين والطفل يتمتع بمرونة كبيرة للعلاج المنفرد حسب الاحتياجات النوعية لكـل أسرة .

الفصل الرابع

الفصل الرابع

المكونات النفسية والمعرفية لاضطراب السلوك الفوضوي

مقدمة :

يشير السلوك الفوضوي إلى مجموعة من الاستجابات التي تشترك في كونها تسبب اضطراباً في مجريات الأمور أو تحول دون تأدية شخص آخر لوظائفه بشكل أو بآخر، وفي غرفة الصف يشير السلوك الفوضوي إلى الاستجابات التي تؤثر سلبياً على العملية التعليمية (جرين وآخرون Green et al. ، ١٩٩٩) ، كما يتضمن السلوك الفوضوي مجموعة من الأعراض السلوكية منها التمرد والعصيان ، ومعارضة الكبار ، والنشاط الزائد ، والتنمر ، والهروب من المدرسة ، والعدوان ، والكذب ، والعنف الجسدي ضد الآخرين ، والتخريب ، وعدم احترام الآخرين ، والاندفاعية ، وعدم الالتزام بالقواعد ، والسلوك العدواني (باري وآخرون Barry et al. ، ٢٠٠٥ ؛ بونتي وآخرون Bunte et al. ، ٢٠١٣) .

وتتضمن اضطرابات السلوك الفوضوي Disruptive Behavior Disorders (DBDs) اضطراب المسلك Conduct Disorder (CD) ، واضطراب العناد والتحدي Oppositional Defiant Disorder (ODD) (لوبير وكوى Loeber & Coie ، ٢٠٠٤) .

ويرى هارستاد وباربااريزى Harstad & Barbaresi (٢٠١١) أن مصطلح اضطراب السلوك الفوضوي يصف السلوك الفوضوي من الناحية الاجتماعية التي تكون أكثر إزعاجاً للآخرين من جانب الشخص الذي يبادر بهذا النوع من السلوك ، وتحدث السلوكيات الفوضوية على متوالية متصلة ، يوجد في أحد طرفيها مقاومة طبيعية وغضب شديد وهياج من الفرد الذي

يعاني من الاضطراب ، وفي طرفها الآخر سلوكيات أكثر حدة وغير توافقية تستدعي تشخيصاً طبياً ؛ لذا فإنه من المهم بدرجة كبيرة جداً للمتخصصين في مجال الرعاية الصحية الأساسية للأطفال أن يكونوا على وعي شديد بحيث يتعاملون مع أي تحديات تتعلق بالسلوكيات الفوضوية ، ويتضمن الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-IV-TR) التشخيصات المدرجة تحت بند اضطرابات السلوك الفوضوي وهي اضطراب العناد والتحدي Oppositional Defiant Disorder (ODD) ، واضطراب المسلك Conduct Disorder (CD) ، واضطراب السلوك الفوضوي غير المعين (غير المصنف) على أي نحو آخر Disruptive Behavior Disorder Not Otherwise Specified كما تم تضمين اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) أيضاً في هذا النمط ، ونظراً لأن هذا الاضطراب حالة متزامنة الحدوث لدى ما يقرب من نصف الأطفال الذين لديهم اضطراب العناد والتحدي أو اضطراب المسلك فإنه عند عرض اضطرابات السلوك الفوضوي يتم التركيز على كل من اضطراب العناد والتحدي ، واضطراب المسلك .

ويؤكد ذلك بعض الباحثين ؛ حيث يرون استبعاد اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من اضطرابات السلوك الفوضوي واقتصارها على اضطراب العناد والتحدي واضطراب المسلك (هونتر Hunter ، ٢٠٠٣ ؛ كيوتشر وآخرون .Kutcher et al ، ٢٠٠٤) .

ويُعد اضطراب السلوك الفوضوي نمط متكرر ومستمر من السلوك الذي يثير حالة من الفوضى والتخريب ، وإزعاج الآخرين ، وخرق القواعد

والمعايير الاجتماعية ، وبالتالي يؤثر سلبياً على توافق الفرد مع البيئة الاجتماعية المحيطة به ، ويتضمن هذا النمط مجموعة من السلوكيات منها السلوك العدواني ، والعناد والتحدي ، ونقص الانتباه ، والاندفاعية ، والنشاط الزائد ، وانتهاك القواعد ، والاحتيال أو السرقة ، وتعوق هذه السلوكيات تأدية الفرد لوظائفه الاجتماعية والأكاديمية والمهنية بشكل أو بآخر (مجدي الدسوقي ، ٢٠١٤أ) .

ويمكن النظر إلى اضطرابات السلوك الفوضوي على أنها سلسلة متصلة لأن حدوث أو ظهور اضطراب العناد والتحدي يكون البشير أو النذير لحدوث اضطراب المسلك ، وعلى الرغم من أن اضطراب العناد والتحدي يكون أكثر شيوعاً بين البنين قبل الوصول إلى سن البلوغ فإن هذا الاتجاه لا يستمر بعد البلوغ .

والكثير من الدراسات عن نمو السلوك الفوضوي عند الأطفال ركزت على استمرارية السلوك الفوضوي ، وأشارت نتائج هذه الدراسات أن التنبؤ بالسلوك الفوضوي يزداد عن طريق معرفة مؤشرات سلوكية معينة منها :

- الحدوث المبكر للسلوك الفوضوي عند الذكور مقارنة بالحدوث المتأخر أو اللاحق .
- حدوث السلوك الفوضوي في العديد من الأماكن بدلاً من مكان أو موقع واحد .
- تكرار عالي للسلوك الفوضوي مقارنة بالتكرار المنخفض .
- حدوث مجموعة متنوعة من السلوكيات الفوضوية مقارنة بحدوث سلوك فوضوى واحد .

ولقد بينت البحوث أن منبئات السلوك الفوضوي والانحراف يمكن أن

توجد لدى الفرد (على سبيل المثال الاندفاعية والسلوك الذى يتسم بالمعارضة والتحدي) ويمكن أن توجد لدى الأسرة (على سبيل المثال ممارسة الوالدين القاسية لتنشئة الطفل ، والحالة المرضية النفسية للوالدين Parental Psychopathology) ، ويمكن أن توجد لدى الأقران (على سبيل المثال الارتباط بأقران منحرفين ، والعضوية في عصابة) ، ويمكن أن توجد في المدرسة (الدافعية الرديئة للدراسة ، والأداء التعليمي الردئ ، والتسرب من المدرسة) ، ويمكن أن توجد في منطقة الجيرة السكنية أو الأحياء التى تزداد فيها معدلات الفقر والجريمة .... إلخ ، ولا يمكن لأي مؤشر من هذه المؤشرات أن ينبئ جيداً بالسلوك الفوضوي اللاحق أو الذى سيحدث فيما بعد ، وبدلاً من ذلك فإن تراكم عوامل الخطورة يزيد بدرجة أساسية من القدرة التنبؤية لحدوث اضطراب السلوك الفوضوي (ويلسون وليبسي Wilson & Lipsey ، ٢٠٠٧) .

وتختلف المنبئات المبكرة للجريمة الخطيرة والعنيفة عن المنبئات اللاحقة فأقوى المنبئات يتضح في المرحلة العمرية من ٦ – ١١ سنة وهى الأعمال الانحرافية غير الخطيرة والعدوان ، وسوء استخدام المادة ، والحالة الاجتماعية الاقتصادية المتدنية للأسرة ، والاتجاهات العدائية للوالدين تجاه المجتمع ، وعلى العكس فمن بين المنبئات الأقوى في الأعمار من ١٢ – ١٤ سنة ضعف العلاقات الاجتماعية ، والأقران المضادين أو المعادين للمجتمع ، والأعمال الانحرافية غير الخطيرة ، والاتجاه الردئ نحو المدرسة ، والأداء الدراسي الردئ ، والاندفاعية ، ويكون لدى الأحداث الذين تنطبق عليهم متغيرات المنبئ الأقوى احتمال أكبر بواقع ٥ – ٢٠ مرة للاشتراك في الأعمال أو المعاصي الخطيرة والعنيفة المتعاقبة وذلك بدرجة أكبر من الأحداث الذين لا يوجد لديهم مثل هذا المتغير المنبئ ، وغالبية عوامل

الخطورة التى تتنبأ بالانحراف والعنف في مرحلة المراهقة تتنبأ أيضاً بسوء استخدام المادة ، والتسرب من المدرسة ، والممارسات الجنسية المبكرة ، والحمل أثناء سنوات المراهقة (لوبير وكوى Loeber & Coie ، ٢٠٠٤) .

يضاف إلى ذلك أن غالبية الدراسات التى أجريت في هذا الصدد أوضحت أن مخاطرة الاشتراك في الأعمال المخلة الخطيرة والعنيفة تزداد بدرجة كبيرة عندما ينضم الشباب إلى عصابة أو يصبحون تجار مخدرات ، وعلى الرغم من أن أعضاء العصابات يمثلون قلة من العينة السكانية للأحداث إلا أنهم مسئولين عن الغالبية العظمى من الأعمال الانحرافية الخطيرة ، وتزداد معدلات جرائم الأحداث الخطرين بعد الانضمام إلى عصابة ، وتنخفض بعد الابتعاد عن أو ترك العصابة (ويست وآخرون West et al. ، ٢٠١١) .

ويتم تفسير استمرارية السلوك الفوضوي بطرق متعددة تتراوح من الفروق المتأصلة بين الأفراد في ميلهم أو استعدادهم الإجرامي على استمرارية المخاطرة ، ويرى عدد كبير من الباحثين أن الأفراد يختلفون في استعدادهم أو ميلهم الإجرامى ويطلق على ذلك الإمكانية الإجرامية Criminal Potential ، ويعتقد أن الاستمرارية تعكس الاعتماد على الحالة والتى قد تزيد فيها الأعمال الانحرافية من احتمال ارتكاب المعاصي المستقبلية (لوبير وكوى Loeber & Coia ، ٢٠٠٤) ، ويمكن أن تتناقض الآراء أو الأفكار مع التصورات الذهنية بأن الاستمرارية ليست مطلقة ، وأن مستويات الانحراف ربما تتغير نتيجة للتفاعل بين سمات الفرد والبيئة التى يعيش فيها ويؤكد ذلك ويست وآخرون West et al. (٢٠١١) حيث يرون أنه في هذا التفسير للاستمرارية ينظر إلى الأسباب على أنها تكمن في الفرد وفي بيئته ، وتعتمد درجة الاستمرارية على التفاعل بين سمات الفرد

للاستعداد الطبيعي وتعرضه لعوامل المخاطرة .

ويعتبر التفسير الأوسع للاستمرارية متبايناً إلى حد كبير نظراً لأن السلوك الفوضوي يتغير بمرور الوقت فتصاعد الأحداث من أشكال صغرى إلى أشكال أكثر خطورة يعكس وجود عوامل خارجية ، وعلى العكس من ذلك فإن تقليل التصعيد أو الازدياد في ارتكاب المعصية يرتبط بغياب أو عدم وجود عوامل الخطورة ووجود عوامل وقائية ، وموجز القول فإن الدراسات الحديثة تؤيد الرأى القائل بأن الأفراد يختلفون في الاستمرار في السلوك الفوضوي ، وأن هذه الفروق الفردية تستمد من تعرض الأفراد للمخاطرة وعوامل الحماية .

بعض الإنذارات :

تُعد القدرة على التنبؤ بالسلوك الفوضوي مؤشراً مهماً ، ويقدم التأييد للفكرة التى تقول بأن الأطفال الذين لديهم سلوك فوضوى في عمر مبكر يستحقون أن تستهدفهم التدخلات الوقائية ؛ ومع ذلك فالسلوك الفوضوي سلوك معقد أو ظاهرة معقدة تقودنا إلى العديد من الإنذارات التى تتعلق باستمرارية هذا السلوك :-

أولاً : أن الدليل الخاص باستمرارية العدوان أو السلوك المضاد للمجتمع يأتي من دراسات تكون فيها تقديرات العدوان عن طريق الوالدين والمعلمين أو الأقران ، ومع ذلك فمعظم هذه التقديرات لا ترتبط بالضرورة بملاحظات مباشرة لنفس أوجه السلوك ، وفي دراسة قام بها كوى ودودج Coie & Dodge (١٩٩٨) والتي تربط الملاحظة المباشرة بتقديرات المعلم والأقران فيما يتعلق بالعدوان لدى ٣٠٢ طفلاً من بين أطفال الصف الأول والصف الثالث الابتدائي ؛ حيث تمت ملاحظة كل

طفل لمدة إجمالية تقدر بـ ٦٠ دقيقة ، وتستغرق كل ملاحظة ٥ دقائق موزعة عبر أيام متعددة ، وعلى الرغم من أن تقديرات المعلم ، وتقديرات الأقران للسلوك العدواني كانت موجبة ودالة بالنسبة لأطفال الصف الأول ، والصف الثالث إلا أنها لم تكن دالة بالنسبة لتقديرات المعلم وتقديرات الأقران للأطفال الفرديين أو في حالة ملاحظة الأطفال بطريقة فردية ، وهذا يعنى أن الأعمال العدوانية تحدث بطريقة غير متكررة نسبياً ، وهذا يتطلب وسائل ملاحظة أكثر دقة عما تم استخدامها في هذه الدراسة ، ونفس الشيء ينطبق على مشكلات المسلك التي تكون في أغلب الأحيان استطرادية ويمكن أن يختلف وجودها من عام إلى آخر ، وأوضح لوبير وكوى Loeber & Coie (٢٠٠٤) أن الاستمرارية في تشخيص اضطراب المسلك ازدادت لأن النافذة الزمنية التي حدث فيها التشخيص ازدادت أيضاً ، وفي عينة لأولاد تمت إحالتهم للعيادة خلال فترة أربع سنوات كان نصفهم ينطبق عليه أيضاً نفس المعايير في السنة التالية ، ومع ذلك عندما كانت الفترة الزمنية بين التقديرين أطول وكان الثبات (أي الاستمرارية) عبر مرور الوقت أعلى بكثير ؛ حيث وجد الاضطراب لدى ٨٨% من الأولاد الذين تم تشخيصهم مبدئياً بما يفيد وجود اضطراب المسلك ، وعندما تم تشخيصهم مرة ثانية خلال الثلاث سنوات التالية أوضحت النتائج أن الاستمرارية التراكمية مقارنة بالاستمرارية نقطة بنقطة اتجهت إلى أن تكون أعلى (آيبرج وآخرون Eyberg et al. ، ٢٠٠٨) .

ثانياً : إن المنع أو التوقف الواضح للسلوك الفوضوي يعنى في حقيقة الأمر قطع أو توقف مؤقت للسلوك ، ولهذا فإن الفهم الكامل أو الشامل بشأن استمرارية السلوك الفوضوي هو الشيء الوحيد الممكن عندما يؤخذ في

الاعتبار إطار زمني أطول ، وبالتالي فإن النتائج بشأن السلوك الفوضوي تعتمد بدرجة كبيرة على طرق القياس المستخدمة وعلى الإطار الزمني (لوبير وكوى Loeber & Coie ، ٢٠٠٤) ، ويتعلق هذا التحذير بأخطاء المُبلغين وأخطاء القياس ، وقام موجان وروتر Maughan & Rutter (١٩٩٨) بمراجعة دراسات من مبلغين مختلفين عن سلوك فوضوي لطفل ، واستنتجا أن الطرق المختلفة لربط المعلومات من المبلغين أسفرت عن تقديرات مختلفة للثبات ، وأن مثل هذه التقديرات تأثرت بخطأ القياس ، وكلما كان خطأ القياس أكثر انخفاضاً أو تدنياً كلما كان تقدير الثبات أعلى .

وهناك نقطة أخرى مهمة تتعلق بتعريفات السلوك الفوضوي عبر مدى واسع أو ممتد للنمو يبدأ من مرحلة الطفولة المبكرة حتى مرحلة الرشد ، والحقيقة التي تفيد بأن سلوك المعارضة أو السلوك العنيد من جانب الأولاد يبلغ ذروته في مرحلة الطفولة المبكرة حتى مرحلة الطفولة الوسطى يعكس ببساطة الحقيقة التى تفيد بأن الأطفال يبدأون في تحدى السلطة الوالدية في السنوات الأولى من العمر ، وبالمثل فإن الأشكال الصغرى للعدوان التى تتضمن القتال البدنى تبلغ ذروتها في السنوات الأولى للمدرسة وتنخفض مع مرور العمر ولاسيما أثناء مرحلة المراهقة (لونا وكامال Loona & Kamal ، ٢٠٠١) .

وبصفة عامة فإن الشباب الذى يشترك في شكل واحد من أشكال السلوك الفوضوي في وقت مبكر من الحياة يشترك بطريقة نمطية في أشكال سلبية أخرى للسلوك المعادى أو المضاد للمجتمع في وقت لاحق من حياتهم (سونديجكر وآخرون Sondeijker et al. ، ٢٠٠٧) ، وفي الحقيقة فإن تقديرات الوالدين والمعلمين والتقديرات الذاتية لأوجه السلوك الفوضوي

قد أظهرت أن الدراسات المستعرضة تكون فيها أوجه السلوك الفوضوي مرتبطة فيما بينها ، ومع ذلك فإن نتائج التحليل العاملي أوضحت أن العوامل المتعددة للسلوك الفوضوي يتم تمييزها مثل السلوك المتسم بالعناد والتحدي ، والسلوك الظاهر أو المكشوف ، والسلوك المضمر أو المستتر ، وكقاعدة عامة فإن السلوك الظاهر أو المكشوف مثل العدوان والعنف والمواجهة المباشرة مع الضحايا والتهديد بالإيذاء الجسمي ، بينما الأشكال المستترة غير العنيفة للانحراف مثل السرقة أو الاحتيال لا تتضمن المواجهة المباشرة ولكنها خفية أو جبانة بطبيعتها (فيجا Veiga ، ٢٠٠٨) .

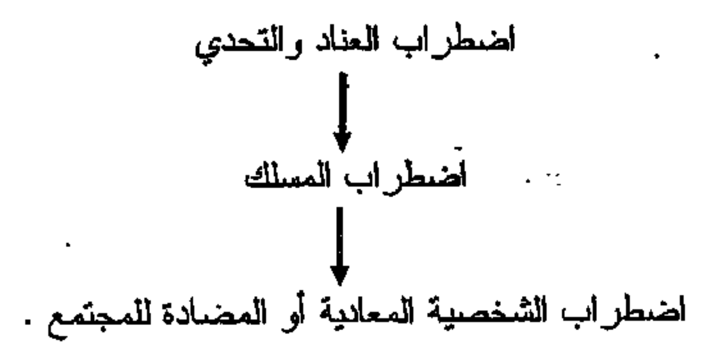
وأوضحت التحليلات البعدية لدراسات التحليل العاملي أن العلاقات البينية يمكن أن تقاس طبقاً لبعد واحد أو أكثر للأعمال الفوضوية ، وتوصل عدد من الباحثين إلى وجود دليل أبعد محدد بقطبين هما القطب الفوضوي الظاهر ، والقطب الفوضوي المستتر مع وجود أشكال متعددة للعصيان أو عدم الطاعة في منتصف هذا المتصل .

اضطراب العناد والتحدي واضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد :

وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM -IV-TR) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association فإن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) يتداخل مع اضطراب المسلك Conduct Disorder (CD) ، واضطراب العناد والتحدي Oppositional Defiant Disorder (ODD) ومن ثم فهناك مشكلة رئيسية تتمثل في صعوبة التمييز بين اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط

الزائد واضطراب المسلك ؛ حيث تتراوح نسبة التداخل بينهما ما بين ٣٠% – ٩٠% ويؤكد بعض الباحثين على أن هذين الاضطرابين شئ واحد ، بينما أشارت دراسات أخرى إلى أنهما اضطرابان منفصلان ، وقد استقر الرأى على الإبقاء على هذين الاضطرابين منفصلين مع شدة ترابطهما وتكرار هذا الأمر مع اضطراب العناد والتحدي حيث اختلف الباحثون حول مدى اختلاف اضطراب العناد والتحدي عن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد فيرى بعضهم أن التمييز بينهما زائف بينما يرى الآخرون أنهما مختلفان من حيث الأسباب والأعراض وطرق العلاج ، كما أن هذا الاضطراب (اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد) يوضع في فئة منفصلة في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية ، والاضطرابات الثلاثة تضمهم فئة واحدة هى فئة اضطرابات السلوك الفوضوي Disruptive Behavior Disorders (DBDs) (مجدي الدسوقي ، ٢٠٠٦أ) .

ويوضح الشكل التالي الترتيب الإنمائي المفترض والأكثر شيوعاً للاضطرابات الفوضوية :



وينظر إلى اضطراب العناد والتحدي على أنه مؤشر أو منبئ مسبق لاضطراب المسلك ، والذي ينظر إليه على أنه مؤشر أو منبئ مسبق

لاضطراب الشخصية المعادية / المضادة للمجتمع ، ومع العلم بأن اضطراب المسلك يمنع تشخيص اضطراب العناد والتحدي ، وعلى العكس فإن تشخيص اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع يفترض وجود اضطراب المسلك (الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association ، ٢٠٠٠) ، وبالإضافة إلى ذلك فإن الكثير من الدراسات أظهرت وجود علاقة بين اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد واضطراب المسلك ، ومع ذلك فإن اضطراب العناد والتحدي يكون في أغلب الأوقات حالة مرضية مشتركة مع اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وهنا يتبادر إلى الذهن سؤال رئيسي أو هام وهو ما إذا كان اضطراب العناد والتحدي واضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يعتبران منبئاً بدرجة متساوية لحدوث اضطراب المسلك ، أو ما إذا كان أحدهما يُعد منبئاً هاماً بشكل أكبر ، ولقد اهتم فريق من الباحثين بمتابعة استمرت لما يزيد عن ٦ سنوات ، ووجدوا أن الأولاد الذين نما لديهم اضطراب المسلك كان لديهم عدد أكبر للأعراض المرضية المتعلقة باضطراب العناد والتحدي وذلك بدرجة أكبر عما في حالة الأولاد الذين لم ينمو لديهم اضطراب المسلك ، أيضاً أظهرت نتائج دراسات أخرى أن اضطراب العناد والتحدي من بين عوامل أخرى قد ينبئ ببداية حدوث اضطراب المسلك وعلى العكس فإن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ينبئ بحدوث اضطراب المسلك .

العدوان : Aggression

يثبئ العدوان بحدوث السلوك الفوضوي ، ويُعد العدوان جزء من المكون النفسي للفرد ، ويترتب على العدوان آثار سلبية تضر بالذات وبالآخرين وبالممتلكات العامة والخاصة ، وقام لوبير وآخرون Loeber et

al. (١٩٩٧) بفحص الأعراض المرضية لاضطراب المسلك المدرجة بالدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM-IV) ووجدوا أن العرض المرضى الوحيد الذى ينبئ ببداية حدوث اضطراب المسلك كان العدوان الجسمي ، وتعد هذه النتيجة هامة إلى حد كبير وذلك لأن العدوان الجسمى يظهر في أغلب الأحيان مبكراً جداً ويكون مستقراً إلى حد ما مع مرور الوقت وينبئ بالسلوك الفوضوي واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع .

الأعراض المرضية المبكرة للشخصية المعادية للمجتمع :

يؤدى اضطراب المسلك إلى حدوث أو وجود اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع Antisocial Personality Disordèr (الجمعية الأمريكية للطب النفسى American Psychiatric Association ، ٢٠٠٠) ولكن ما المدى الذي تكون فيه الأعراض المرضية لاضطراب الشخصية المعادية للمجتمع موجودة بالفعل أثناء المراحل الأولية من العمر وتتنبأ باضطراب المسلك والذي من المحتمل أن يؤدى إلى وجود اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع في وقت لاحق من الحياة ، ونتائج الدراسات التى أجريت في هذا الصدد أوضحت أن الأولاد الذين لديهم سمات سيكوباتية (التى ترتبط بتشخيص اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع) بالمقارنة بالأولاد الذين ليس لديهم هذه المعالم كانوا أسوأ المسيئين أو المجرمين الخطرين والمستفزين ، ومما يجب التأكيد عليه هو وجود استمرارية بين الأعراض المرضية الأولية لاضطراب الشخصية المعادية للمجتمع أو السيكوباتية في وقت مبكر من الحياة وإظهارات لاحقة لمجموعة الأعراض المرضية لاضطراب المسلك التى من المحتمل أن تتطور إلى اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع فيما بعد (مارتيل وآخرون .Martel et al ، ٢٠١٢) .

المسارات المتعددة للأعراض المرضية الخطيرة لاضطراب المسلك :

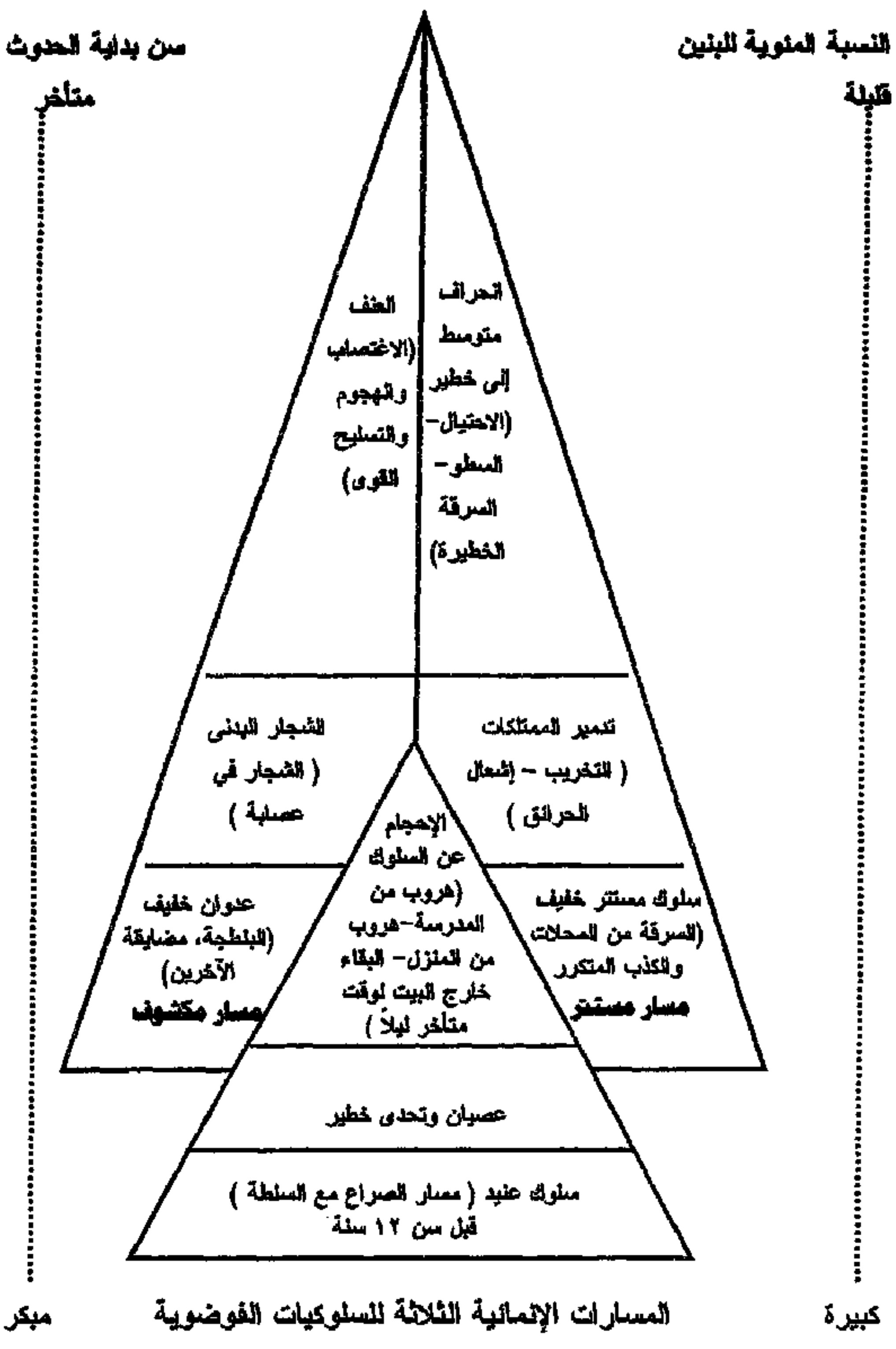
إن التصور الذهني لاضطراب العناد والتحدي ، واضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد كشيء يؤدى إلى حدوث اضطراب المسلك يمثل بشكل أساسي نموذجاً لمسار واحد للانحراف ، وهذا يعكس بشكل رديء فروقاً فردية في النمو أو التطور الفوضوي Disruptive Development ، وعلى وجه التحديد نحتاج إلى أن نكون قادرين على أن نشرح لماذا يصبح الشباب مشتركاً في كلا السلوكيات الفوضوية المكشوفة والمستترة Overt & Covert Disruptive Behaviors الخطيرة ، بينما هناك شباب آخر يشترك في السلوكيات الفوضوية المكشوفة أو المستترة فقط Covert or Overt Disruptive Behaviors (هيلجيلاند وآخرون Helgeland et al. ، ٢٠٠٥) ، وبالتالي فإن اضطراب المسلك يعد مفهوم واسع بدرجة مفرطة ، ولا يعكس جيداً الفروق الفردية في السلوك الفوضوي ، ولهذا السبب فإننا نفضل أن نجزئ التنبؤ الطويل الأجل إلى خطوات أصغر وأن نفحص المسار أو المسارات المختلفة للوصول إلى نتائج جدية بشكل أكبر ، ولكي يتم تناول موضوع الفروق الفردية بدرجة أفضل في نمو السلوك الفوضوي فإننا نثير سؤالاً عما إذا كان تصعيد الأحداث لنتائج خطيرة يمكن أن يتم تمثيله بدرجة أفضل عن طريق مسار واحد أو مسارات متعددة (إليس وآخرون Ellis et al. ، ٢٠٠٤) ، والخطوة الأولى لتحديد المسارات هى توضيح التتابع النمائي لحدوث السلوك الفوضوي .

التتابع النمائي :

إن أحد الأسئلة الهامة في دراسة السلوك الفوضوي هو ما إذا كان نمو الأعراض المرضية يحدث بطريقة عشوائية أم بطريقة يمكن التنبؤ بها ، والمثال على النمو المنتظم هو عندما يكون حدوث العرض المرضي A

مسبوقاً عادة بحدوث العرض المرضي B ، وبصفة عامة فـإن مجموعـة المؤلفات المتعلقة بالتتابع النمائي للسلوك الفوضوي توضح :

- أن الأعراض المرضية لفوضوية الأقل خطورة تحدث أولاً قبل حـدوث الأعراض المرضية الفوضوية الأكثر خطورة .
- أن بعض أوجه السلوك مثل المجادلة المتكررة ومضايقة الآخرين تكـون بداية حدوثها في نفس العمر الزمني تقريباً لبداية حدوث الاضـطراب ، ولذا يمكن تجميعها داخل نفس النمط السلوكي .
- أن الأنماط التنموية يتم تجزئتها بطريقة متميـزة إلـى ثـلاث مجـالات لمشكلات الصراع الواضح والمستتر ومشكلات الصراع مع من يمثلون السلطة ، ومن بين مشكلات المسلك الواضحة أو المكشوفة فـإن أوجـه السلوك التي تحدث في وقت مبكر هي العدوان الخفيف متبوعاً بالـشجار البدني ثم أشكال أكثر خطورة للعنف مثل استخدام الأسلحة والاغتصاب ، وبالنسبة لأوجه السلوك المستترة يتكون التتابع التنموي مـن سـلوكيات مستترة متبوعة بتدمير الممتلكات (إشعال الحرائق أو أعمال التخريب) والتي تتبع بدورها بأشكال متوسطة إلى خطيرة للانحـراف ، وبالنـسبة لمسار الصراع مع الأشخاص الذين يمثلون السلطة فإنه يتضمن العصيان الخطير ، ويتضمن أيضاً السلوكيات المتعلقة بالإحجام أو التجنـب مثـل الهروب من المدرسة والهروب من البيت والتي يحاول فيها الأحداث أن ينسحبوا من إشراف ورقابة الكبار ، وبالنسبة للصراع مع السلطة تميـل السلوكيات إلى أن يكون لها حدوث مبكر جداً ومتبوعة بالتحدي والـذي بدوره يتبع بتجنب السلطة كالتزويغ من المدرسة والهروب والبقاء لوقت متأخر من الليل خارج البيت ، وهذه النتائج أو التتابعات الأخيرة تنطـبق بطريقة مثلى على الأفراد قبل سن ١٢ سنة (لوبير وكوى Loeber & Coie ، ٢٠٠٤) .



المسارات الإنمائية الثلاثة للسلوكيات الفوضوية

المصدر : لوبير وهاى Loeber & Hay (١٩٩٤)

مسارات متعددة : Multiple Pathways

تشير التتابعات التنموية إلى البيانات الجماعية ، ولا تُلّمح بالضرورة إلى أن نمو الأفراد يحدث بطريقة منظمة أو مرتبة ، ويتضمن مفهوم المسارات التنموية Developmental Patways مسارات الأفراد في الأعراض المرضية الفوضوية (أنظر الشكل السابق) ، وتوضح نتائج الدراسات الحديثة التى أجريت في هذا الصدد أن الغالبية العظمى من الأفراد تنطبق عليهم التتابعات المفترضة مما يعنى أن الأفراد يظهرون خطوات تتمشى مع النظام أو الترتيب المفترض على سبيل المثال فالخطوة الأولى يليها الخطوة الثانية وهكذا ، وبعض الأفراد وهم الأقلية يتخطون بعض الخطوات ولكنهم يحافظون على التتابع العام على سبيل المثال الخطوة الأولى ثم الخطوة الثالثة متخطين الخطوة الثانية ، ويتم تقييم المسارات لتوضيح أن معظم الأفراد الذين ينتمون إلى مسار ما قد دخلوا المسار في الخطوة الأولى وعدد أقل منهم في الخطوة الثانية وعدد أقل بدرجة كبيرة جداً في الخطوة الأخيرة ، وبالتالي فإن القول بأن الأفراد يبدأون الثلاث مسارات في نفس الوقت ، ولكنهم لا يكملون جميع الخطوات التى في المسار ، وهذه الحقيقة مناقضة للرأى المقبول بشكل كبير بين الكلينيكيين والباحثين الذى يقضى بأنه بمجرد أن يصبح الأفراد منحرفين في اتجاه أو مسار ما فإنهم يصبحون منحرفين في طرق أو مسارات متعددة في نفس الوقت (لوبير وآخرون Loeber et al. ، ١٩٩٧) .

والأفراد الذين يكون سلوكهم الفوضوي مقتصراً على مسار واحد يكونون غير شائعين في العينات التي يتم تحويلها إلى العيادات ، بينما الأفراد الذين يتم تحويلهم إلى العيادات يظهرون غالباً مجموعة من السلوكيات التي تبين أنهم يسلكون في مسارات متعددة في نفس الوقت ، وهناك دراسات

عديدة دعمت صدق المسارات الثلاثة لدى عينات مختلفة من الذكور تتضمن الأمريكيين من أصل أفريقي ، والأمريكيين من أصل أسباني وخاصة المقيمين في أمريكا اللاتينية (لوبير وآخرون Loeber et al. ، ١٩٩٨) .

كما تم ربط هذه النتائج بمجموعة أخرى من نتائج الدراسات التي تؤكد على التمييز بين الحدوث المبكر والحدوث الدائم خلال مسار حياتهم مما يوضح أو يظهر ثبات أو استقرار مستمر عبر الوقت وفي ظروف متنوعة ، كذلك أظهرت التحليلات التي قام بها عدد من الباحثين أن الأفراد الذين يتقدمون إلى خطوات أعلى وأكثر خطورة في المسارين المكشوف والمستتر يكون لديهم عمر مبكر لبداية حدوث السلوك الفوضوي (لوبير وكوى Loeber & Coie ، ٢٠٠٤) .

عوامل المخاطرة واستمرار وتصعيد السلوك الفوضوي :

قام جيل وآخرون Gul et al. (٢٠١٠) بتلخيص العوامل الرئيسية التي يمكن أن تفسر استمرار السلوك الفوضوي لدى الأفراد عبر مراحل حياتهم وتوصلوا إلى أن عوامل المخاطرة المبكرة تمهد أو تعد المسرح لقابلية أكثر للعوامل المتعاقبة فعلى سبيل المثال فإن العوامل الوراثية وإصابة المخ عند الوالدين قد يؤديان إلى اندفاعية أكثر وعجز في المهارات اللفظية لدى الأبناء ، والمجموعة الثانية من عوامل المخاطرة تتعلق ببيئة الطفل والأسرة فتدني المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة ، وانتشار الجرائم في الحي أو منطقة الجيرة السكنية ، ونقص المساندة الاجتماعية ، وموارد المجتمع المحدودة ، كلها عوامل تساعد على توتر الفاعلية الوالدية ، يضاف إلى ذلك أنه قد يكون استعداد الوالدين لتربية أطفالهم استعداداً رديئاً بسبب الحالة المرضية النفسية لديهم ، والتاريخ المسبق للسلوك المعادى للمجتمع ، وترتبط عوامل المجموعة الثانية بعوامل المجموعة الأولى مما يزيد البعد

الاجمالى للمخاطرة بطريقة مضاعفة ، وفي مثل هذه الظـروف يمكـن أن يؤدى التفاعل بين الشخص والبيئة إلى حدوث العديد من المشكلات في تربية الطفل ، وبالتالي تكون هذه العوامل جميعها مهيئة لحدوث السلوك الفوضوي عبر مراحل حياة الفرد .

العوامل المعرفية والنفسية المرتبطة بحدوث السلوك الفوضوي :

أوضحت نتائج العديد من الدراسات وجود عاملان يرتبطان بالـسلوك الفوضوي المعادى للمجتمع وهمـا : الإثـارة غيـر الكافيـة (الناقـصة) Insufficient Arousal ، ورد الفعل الانفعالي ، وأن الحاجـة إلـى زيـادة مستوى إثارة الفرد ارتبطت بالبحث عن الإحساس ، وأن الأحداث يستمرون في سلوكهم الفوضوي عندما تكون درجاتهم عالية على مؤشر البحـث عـن الإحساس (رايني Raine ، ١٩٩٣) ، والعامل النفسي العام الثاني يظهـر من الدراسات التى تناولت الإساءة للطفل ؛ حيث يـؤدى تعـرض الأطفـال المبكر للإساءة البدنية بالإضافة إلى أنواع الصراع المتزايد بين الوالدين إلى أن يكون لديهم صعوبة في تنظيم الانفعالات وعلى الأخص الغضب (لونتز ويدوم Luntz & Widom ، ١٩٩٤) .

وأشارت نتائج البحوث التى تناولت دور العوامل المعرفية في حدوث السلوك الفوضوي إلى الحقيقة التى تفيد بأنه في المتوسط يكون لدى الأفـراد المنحرفين ذكاء أكثر انخفاضاً عن غير المنحرفين ، وهذه العلاقة تتجه إلـى أن تنطبق حتى عندما يتم تحديد العوامل الاقتصادية والاجتماعية والأهل أو السلالة ، وكذلك العوامل التى تحدد اتجاه الانحراف (لوبير وكوى Loeber & Coie ، ٢٠٠٤) ، ولقد ركز بعض الباحثين علـى الرقابـة المعرفيـة الرديئة للسلوك الذى يميز كثير من المنحرفين ، وهناك إجماع للآراء بـين نتائج البحوث على أن الرقابة الذاتية الرديئة والاندفاعيـة يـتم نـسخهما أو

تكرارهما في الكثير من الأعمال الانحرافية (ويست وآخرون .West et al، ٢٠١١) .

ومما يجب الإشارة إليه أن الذكاء المنخفض ، والعمل الاندفاعي ، والتحكم الذاتي ، والبحث عن الإحساس هى مفاهيم متسقة جداً لدرجة أنها لا تكشف عن العمليات المعرفية أو العمليات النفسية المرتبطة بأنواع معينة للسلوك الفوضوي ، والمشكلة الرئيسية مع هذه المفاهيم وكذلك المفاهيم المستمدة من النمو الأخلاقي هي أنها غير محددة ولا تتناول السبب وراء أن بعض الأحداث يشتركون في أعمال مستترة فقط ، وأن هناك أحداث آخرون يشتركون في أعمال مكشوفة ، وهناك مجموعة ثالثة تشترك في كلا الأعمال المستترة والمكشوفة ، الأمر الذي يساهم في استمرار السلوك الفوضوي (أوكونور وآخرون .O'Connor et al ، ٢٠١٢) .

وعلاوة على ذلك فإن وصف الأحداث الفوضويين والمنحرفين على أنهم ضعفاء من الناحية النفسية والعقلية ويظهرون أوجه عجز في التحكم الذاتي على الرغم من أن ذلك يمكن أن ينطبق على نسبة من المنحرفين يعتبر بسيطاً بدرجة مفرطة ، وأحد أنماط المنحرفين المعاديين للمجتمع (السيكوباتيين) لديهم ذكاء فوق المتوسط ، فهم والمنحرفين المحنكين يظهرون في أغلب الأحيان تحكم ذاتي كبير لكي يحققوا الأعمال المعادية للمجتمع ، فالمجرمون المحنكون بما في ذلك الأفراد الذين لديهم قدر كبير من المهارات الفنية والبينشخصية التى تؤهلهم لاختيار الجرائم التى يرتكبونها (ويد وآخرون .Wied et al ، ٢٠١٠) .

مصفوفة الجوانب المعرفية والنفسية للسلوكيات الفوضوية :

لكي يتم توضيح العمليات المعرفية والنفسية المتميزة التى تساهم في

حدوث السلوكيات الفوضوية تم اختيار بعدين للسلوك الفوضوي هما :

- السلوك الفوضوي الظاهر – المستتر Overt-Covert Disruptive Behavior
- السلوك الفوضوي التفاعلي– التوقعي Reactive-Proactive Disruptive Behavior

وفيما يلي مناقشة هذين البعدين ثم تناول العمليات المعرفية والنفسية التى يعتقد أنها وثيقة الصلة بالسلوكيات الفوضوية ، والتمييز بين العدوان التفاعلى Reactive Aggression ، والعدوان التوقعى Proactive Aggression يشير إلى أن العدوان التفاعلى يتضمن رداً على ظروف أو حالات سابقة للاستفزاز ويكون بينشخصى في المقام الأول أو بطريقة أساسية وعدوانياً بطبيعته ويصاحبه عادة التعبير بالغضب، بينما العدوان التوقعى يوجه إلى نتائج خادمة للذات Self-Serving التي تتضمن السيطرة أو الهيمنة البينشخصية ، ولقد أوضح لوبير وكوى Loeber & Coie (٢٠٠٤) أنه على الرغم من أن معظم الأولاد الذين تم تحديدهم بواسطة الأقران أو الرفاق على أنهم عدوانيين بشكل كبير يعرضون أو يظهرون كلا الشكلين للعدوان فبعض الأولاد يكونون توقعيين في أغلب الأحيان في عدوانهم بينما هناك أولاد آخرون يكونون تفاعليين في أغلب الأحيان ، وفي إطار نمط العدوان التوقعى تم التمييز بين العدوان الوسيلى Instrumental Aggression والعدوان الذى يتجه إلى السلب والنهب أو يهدف إلى البلطجة أو بث الخوف والرعب ، ويميز ويلسون وليبسى Wilson & Lipsey (٢٠٠٧) بين العدواني الأدائي أو الوسيلى والعدوان الانفعالى Affective Aggression ، ففي العدوان الوسيلى يتمركز الصراع حول انتزاع النقود بالقوة من مالكها أو سلب البضائع من الضحية (كما في خطف الأشياء والسرقة بالإكراه

والتسليح الشديد) ، وعلى العكس فإن العدوان غير الوسـيلى يـشير إلـى العدوان الذى يلحق فيه الجناة الأذى أو الألـم أو الإذلال بـالآخرين بـدون استخراج المال أو البضائع بالقوة .

ويرى كوككنوس وبانـايوتو Kokkinos & Panayiotou (٢٠٠٤) أنه على الرغم من أن التمييز التوقعى مقابل التفاعلى قد تم تطبيقه فقط على الأعمال العدوانية فإنه من المفيد أن يتم تطبيقه على المـشكلات الـسلوكية المستترة أيضاً مثل الكذب والخداع فالأحداث يكذبوا لكي يهربوا من القبض عليهم ولكي يفلتوا من العقاب المتوقع لأعمالهم السيئة ، وعلى العكس فـإن الخداع التوقعى يتضمن الكذب المخطط له مسبقاً من أجل الحـصول علـى المال أو البضائع أو أي مصلحة أو فائدة أخرى كما في حالـة الاحتيـال أو السرقة ، وبالإضافة إلى ذلك فإن الأحداث قد يستخدمون الخداع التوقعى لكي يشرعون أو يبدأون في تنفيذ سلوك سئ تم التخطيط له لكي يـشتركوا فـي أوجه السلوك التى يتبعها الكبار مثل استخدام المشروبات الكحولية أو النشاط الجنسي المبكر ، ومعظم السرقات سواء السرقة من المحلات أو السطو عليها تبدو سلوكاً مستتراً ، ومن المفترض أن لها طبيعة توقعية ، ومع ذلك فـإن بعض السرقات ولاسيما السرقة التى تكون بـين الأطفـال تكـون تفاعليـة وانتقامية بطبيعتها .

ويتضمن النمط المـستتر للـسلوك الفوضـوي العـدوان المتـصل Relational Aggression الذى يكون تفاعلياً عندما يحاول الشخص أن ينتقم من أشخاص بنشر الإشاعات الكاذبة عنهم أو يخطط ليستبعدهم من العلاقات الاجتماعية القائمة ، وقد يكون العدوان المتصل توقعياً حينما يستخدم لكسب ميزة اجتماعية على الخصم (كما في حالة الغيرة) لكـي يلحـق ضـرراً

اجتماعياً بشخص آخر (ويلسون وليبسي Wilson & Lipsey ، ٢٠٠٧) .

ويضيف لوبير وكوى Loeber & Coie (٢٠٠٤) أن تدمير الممتلكات (التخريب أو إشعال الحرائق) يمكن أن يتم عرضه أو إظهاره بطريقة مكشوفة أو بطريقة مستترة اعتماداً على نية مرتكب الإساءة ، ومع ذلك توضح البحوث أن تدمير الممتلكات يحدث بطريقة مستترة ، وأيضاً يمكن أن يكون تدمير الممتلكات تفاعلياً أو توقعياً ، ويتضح تدمير الممتلكات التفاعلى حينما يدمر الأطفال الصغار ممتلكات زملائهم انتقاماً لظلم حقيقي أو خيالي ، بينما يتضح تدمير الممتلكات التوقعى حينما يقوم أعضاء العصابة من الأحداث بتشويه الممتلكات أو يطردون المجموعات المنافسة لكي يرهبوا المنافسين ويحددوا حدود أرض العصابة .

الانفعالات والمعارف النوعية المرتبطة بالأبعاد الظاهرة – المستترة ، والتفاعلية – التوقعية للسلوك الفوضوي :

يتم النظر إلى الانفعالات والمعارف التى تحدث بطريقة متزامنة أو مشتركة مع السلوك الفوضوي إلى أنها تختلف طبقاً لما إذا كانت الأعمال تتعلق بالسلوكيات المعادية للمجتمع الظاهرة أو المستترة وما إذا كانت تتضمن استراتيجيات تفاعلية أو توقعية ، وعلى الرغم من محاولة التمييز بين المكونات المعرفية والنفسية لهذه الأنشطة فإنه لا يوجد اختلاف علـى أن العوامل المعرفية والنفسية أو الانفعالية تعتبر قابلة للانفصال على الرغم من أنها أبعاد متداخلة فيما بينها لنفس التفاعل أو العملية .

السلوك الفوضوي الظاهر : Overt Disruptive Behavior

تتضح العلاقة المتداخلة بين الانفعال والمعرفة أثناء تحليل السلوك الفوضوي التفاعلي الظاهر ، ويحدث العدوان التوقعى كرد فعل لاستفزاز

حقيقي أو خيالي ، وتكون الدافعية للتصرف بطريقة عدوانية انتقامية وشيكة أو تزداد بمرور الوقت عندما يتم تفسير الأحداث على ضوء التفاعلات السابقة ، والأطفال الذين يكونون عرضة لعدوان تفاعلي يكونون من المحتمل بدرجة أكبر من الأطفال الآخرين للقيام بعمل سلوكيات عدوانية تتمثل في الغضب والرغبة في الانتقام ، وهذه السلوكيات العدوانية تعتبر شائعة بين جميع الأطفال (لوبير وكوى Loeber & Coie ، ٢٠٠٤) .

ويؤدى العدوان التفاعلى بدرجة أكبر من العدوان التوقعى إلى النبذ من جانب الأقران ، والأفراد الذين يسايرون زملائهم فيما يشعرون به يكون الغضب لديهم أقل أهمية فيما يتعلق بنتائج أعمالهم العدوانية ؛ ولذا فإنهم يكونون أقل إدراكاً لهدف العدوان هل هو انتقامياً أم لا ؟ ، وقد لا يفكرون بشأن النتائج الناجمة عن سلوكهم بنفس القدر لدى الشباب الذين يشتركون في العدوان التوقعي (كريك ودودج Crick & Dodge ، ١٩٩٦) ، ومع ذلك فإن هناك عنصراً من عناصر التحكم الذاتي يميز الأفراد الذين يستخدمون العدوان البدنى للانتقام من الأفراد الذين اشتركوا في تدمير الممتلكات ، وهؤلاء الأفراد يميلون إلى أن يحسبوا الدرجة التى من خلالها سيجرب الشخص الآخر الأذى أو الخسارة من خلال هذه الأعمال ، ولكن إما بدافع الخوف من انتقام وشيك (أو أكثر فاعلية أو تأثيراً) من جانب الآخر ، أو بدافع الخوف من شئ مرتقب ويختارون أن يسببوا نفس القدر من الأذى أو الضيق عن طريق أعمال التخريب وإشعال الحرائق وأشكال أخرى من تدمير وإتلاف الممتلكات ، ولأن هؤلاء الأفراد يظهرون انتقامهم تجاه الأشخاص الآخرين عن طريق تدمير الممتلكات ؛ لذا يجب أن يشتركوا في بعض التقييم لنتائج أعمالهم بنفس الطريقة التى يقوم بها الشباب العدواني (لوبير وكوى Loeber & Coie ، ٢٠٠٤) .

وهذه المعتقدات أو التوقعات ربما تكون قائمة على تجارب حقيقية أو فعلية في الحياة ، ففي مرحلة الطفولة يرتبط العدوان التوقعي بالفتونة وأعمال العنف المرتبطة بتحقيق السيطرة الاجتماعية ، والفتونة كما يمكن تمييزها من تحقيق الفرد هيمنة اجتماعية لنفسه قد تتضمن نقص خطير في المشاركة الوجدانية مع الضحايا وعدم التأثر عند ملاحظة الألم ، وهذا يوحي بنقص مبكر في الترابط الاجتماعي (ويلسون وليبس Wilson & Lipsey ، ٢٠٠٧) .

وعلى الرغم من أن المعارف والانفعالات المتشابهة يتم نسخها أو تكرارها في الأشكال التوقعية والتفاعلية للعدوان وتدمير الممتلكات فإنه قد يكون هناك عناصر معرفية وانفعالية أخرى في العدوان الوسيلي ، ومع ذلك لا يوجد أي دليل ليدعم هذه النتائج حتى الآن ، والعدوان الوسيلي قد يتم تشجيعه بعوامل مهيئة ومبررة للذات وذلك عن طريق المعتقدات بأن الاحتياجات المادية للفرد تعتبر أكثر أهمية من هؤلاء الضحايا أو أن ذلك من قبيل الممارسة لتعظيم احتياجات الفرد بهذه الطريقة (لوبير وكوى Loeber & Coie ، ٢٠٠٤) .

السلوك الفوضوي المستتر : Covert Disruptive Behavior

تنطبق العديد من المعارف والانفعالات المتضمنة في السلوك الفوضوي الظاهر على أوجه السلوك الفوضوي المستتر ، وإلى حد ما فإن جميع أعمال العدوان تتضمن حساب التكاليف والفوائد ، فالدافعية التي يحفزها العنف والعوامل المهيئة أو الحاجة إلى الإثابة يتم عمل توازن لها عادة مقابل حسابات المقاومة أو الانتقام من جانب الضحية أو الخوف والعقاب من جانب السلطات المختصة ، والأعمال المستترة يتم تصميمها

لتجنب الانتقام أو العقوبة ، وإلى حد ما فإن هذا القرار قد يتضمن تقييماً للظروف الموقفية من جانب كل المعتدين (لوبير وكوى Loeber & Coie ، ٢٠٠٤) .

وتكون العوامل الفردية دالة أيضاً فالأفراد الذين لديهم استعداد للقلق بشأن النتائج أو العواقب يكونون أكثر احتمالاً إلى أن يتجهوا إلى الأعمال المستترة ، وفي حالة العدوان البدنى فإن نقص القوة البدنية والقدرة بالإضافة إلى الخوف البالغ من السلامة الجسدية قد تكون من المحددات الهامة للأعمال المستترة المعادية للمجتمع (ويد وآخرون .Wied et al ، ٢٠١٠) .

ومعظم الأعمال المستترة التى تتضمن السرقة يتم تشجيعها عن طريق الاهتمامات الشهوانية التى تتضمن حيازة أشياء مادية أو نقود ، ولتبرير هذه الأعمال يجب على الفرد أن يقوم بتقييم احتياجاته بدرجة أكبر من الاحتياجات التي للضحية أو يتم تطبيعه اجتماعيا على أن يقبل ما يستطيع المرء أن يهرب به ويفلت من العقاب ، وعلى الرغم من أن هناك أشكال لسرقة غير محرضة أو غير مستفزة Unprovoked (هوس الاختلاس أو السرقة الرمزية القسرية Kleptomania) التي تقلل هذه العوامل بدرجة كبيرة ، والعامل النفسي الهام للشباب الذين يسرقون هو الإثارة العالمية التى تعزز الأعمال المستترة مثل السلب والسرقة من المحلات ، والسرقة الانتقامية والتي تعتبر أقل شيوعاً ، ومن ناحية أخرى يتم تشجيعها عن طريق انفعالات ومعارف مشابهة كعدوان انفعالي ، وعلى الأخص غضب اللص الصغير الذى يتمثل في الاعتقاد بأن الضحية قد سبب له الأذى دون قصد ويستحق العقاب بسبب المخاوف من العقاب ، وعلى الأخص إذا كان الضحية أكثر قوة من اللص ، وهذه العلاقة قد تتخذ شكل السرقة أو تدمير الممتلكات وأي من هذه الأعمال يحرم الضحية من استخدام ممتلكاته (لوبير وكوى

Lober & Coie ، ٢٠٠٤) .

وتؤدى السرقة إلى حدوث نوع من الإشباع أو الإرضاء في الاستحواذ على ممتلكات الضحية ، وفي حالة تدمير الممتلكات فإن العمل البدني الذى يتضمن تدمير شئ يخص الضحية قد يحدث مصدراً للإشباع أو الإرضاء للشخص المسبب للأذى ، والأعمال التوقعية التى تتضمن الخداع قد تشارك في المكونات الانفعالية والمعرفية الهامة ، فالسرقة التوقعية التي تتضمن التملك والاستحواذ غير القانوني للنقود أو السلع ، وأعمال الاحتيال قد تتضمن أيضاً عناصر معرفية وانفعالية إضافية ، فالكذب والخداع يشملان التحكم في انفعالات المرء لكي يكون ناجحاً ، وفي بعض الحالات يتضمن ذلك التمارض الوجهي والوضعي Facial and Postural Dissimulation للانفعال بالإضافة إلى التحكم الجيد على القلق ، ولكي يتم تحقيق هذا التحكم فإن ذلك يتطلب اعتقاداً معيناً في القابلية لتبرير هذا السلوك إما بإنكار الأذى أو الضرر الذى يقوم به المرء تجاه الشخص الآخر أو بوضع احتياجات المرء فوق احتياجات الآخرين ، ومن المحتمل أيضاً أن هذه الأنشطة تشبع الحاجة للإثارة النفسية أو الانفعالية حيث إن الأفراد الذين يوجد لديهم إثارة ذاتية أو أوتوماتيكية عالية يكون لديهم صعوبة في التحكم في الخداع (فاريل Farrell ، ٢٠١١) .

ويتداخل نمط العدوان المتصل Relational Aggression وهو من الأنماط المستترة مع نمط الكذب ، ولكن الكذب لا يتم تشجيعه أو دفعه لكي يحمي ذات الفرد من العقاب لغش فرد ما بقصد الاستيلاء على النقود أو الممتلكات ، كما أن العدوان المتصل يعمل كهدف تفاعلى بالانتقام من شخص عن طريق النميمة أو التخطيط لاستبعاده من العلاقات الاجتماعية الموجودة ، وقد أوضح لوبير وكوى Loeber & Coie (٢٠٠٤) أن العدوان المتصل

يرتبط بنفس تحيز الصفة العدوانية كما في العدوان البدني التفاعلي مما يوحي بأن العدوان المتصل يعتبر تفاعلياً بدرجة أساسية بطبيعته ، والعدوان المتصل قد يكون توقعياً أيضاً ؛ حيث يمكن استخدامه للحصول على ميزة اجتماعية على منافس كما في حالة الفتونة أو البلطجة أو النهب لإلحاق الأذى الاجتماعى بشخص آخر أو لتقديم التسلية للذات أو للآخرين .

وهكذا ؛ يتضح أن العمليات الانفعالية والمعرفية تلعب دوراً مهماً في دوام أو استمرار السلوك الفوضوي ، وأنه على العكس فإن هذه العوامل تعتبر على درجة كبيرة من الأهمية في فهم عدم استمرارية هذا السلوك مع مرور الوقت ، كما أن العمليات الانفعالية والمعرفية تؤثر على السلوك الفوضوي بطريقة مختلفة اعتماداً على ما إذا كان السلوك يتضمن أعمالاً ظاهرة أو مستترة ، أو ما إذا كان الدافع انفعالياً أو تفاعلياً أو توقعياً بطبيعته .

وفي واقع الأمر يكون دليل البحوث هو الأقوى للمعارف المتعلقة بالسلوك العلني أو الظاهر ولاسيما العدوان ، وغير موجود في الواقع بالنسبة للسلوك المستتر ، وهناك العديد من الجوانب الأخرى التي تبرر وتعلل انتباه الباحثين منها :

أولاً : إن الجوانب المتعلقة بالنمو فيما يختص بالمعارف أو جوانب المعرفة المتعلقة بالسلوك الفوضوي يمكن أن يتم دراستها بطريقة مفيدة من منظور نظرية العقل أي قدرة الأطفال أن يُعزوا أو ينسبوا الحالات العقلية لأنفسهم وللآخرين ليشرحوا السلوك ويتنبؤا به ، وعلى الرغم من أن بعض المحاولات قد تم بذلها لتطبيق هذا التصور الذهني لأوجه السلوك العدوانى في مرحلة الطفولة فلا توجد أي محاولة بذلت لربط ذلك بأعمال مستترة (هابى وفريث Happe & Frith ، ١٩٩٦) .

ثانياً : توجد ستة فروق هامة في الانفعالات والمعارف بخصوص السلوكيات الفوضوية الظاهرة والمستترة ، وهناك إجماع للآراء على أن عـدوان الفتيات يعتبر أقل شيوعاً عن عدوان البنين ، ولكن هذه الفروق تختفي بمجرد أن يؤخذ الاستفزاز في الاعتبار ، ومع ذلـك فعلـى مـستوى العنف الخطير فإن الذكور المراهقين يتجاوزون الإنـاث فـي جميـع الدراسات (لوبير وفارنجتون Loeber & Farrington ، ١٩٩٨) ، والعمليات الانفعالية والمعرفية التي يمكن أن توضح لماذا الفتيات أقل عنفاً مازالت في مرحلة البحث ، وأحد الفروض هو أن للفتيات لديهن مخاوف أكبر بالنسبة للعواقب أو النتائج السلبية للمواجهات البدنية ، أو أن المواجهة تحدث انفعالات سلبية وأنه عندما تشترك الفتيات في مزيد من الأشكال التوقعية للأنشطة المستترة التي تهدف إلى إلحاق الأذى أو الضرر بالآخرين ، فإنهن يتجنبن الانفعالات السلبية المرتبطة بطريقة شائعة مع المواجهة المباشرة (ويلسون وليبسي Wilson & Lipsey ، ٢٠٠٧) .

ثالثاً : إن الجوانب التنموية للانفعالات والمعارف تحتاج إلى أن يتم البحـث فيها فعلى سبيل المثال هناك درجة من التـضليل الانفعـالي تكـون مطلوبة للخداع ، وتزداد قدرة الأحـداث Juveniles علـى الخـداع التضليلي Sophisticated Deception مع التقدم في العمر ، وتكـون المهارة الزائدة في الخداع وتجنب العقوبات من جانب الكبـار إحـدى الطرق التي يتدرب عليها الأقران المنحـرفين فيمـا بيـنهم لنجـاح المشاركة في الأنشطة المعادية للمجتمع (ديشيون وآخرون Dishion et al. ، ١٩٩٤ ؛ لوبير وهاي Loeber & Hay ، ١٩٩٤) .

رابعاً : إن الجوانب السياقية والثقافية للمعارف ترتبط بالسلوك الفوضوي وتحتاج إلى المزيد من الانتباه، وعلى الرغم من أن تبرير السرقة لم يتم دراسته من الناحية المعرفية كما حدث في العدوان التوقعي إلا أن هناك دليل على أن الأطفال الذين يتربون في سياق الفقر يضفون معاني إضافية سلبية على السرقة لأنها تقدم الاحتياجات الأساسية للبقاء على قيد الحياة ، والاعتبار الذي يجب التفكير فيه من وجهة النظر السياقية هو الإثارة العالية التى تعزز الأعمال المستترة ، فالأحياء التي تنتشر فيها الجريمة بدرجة عالية تغير معنى هذه الأنشطة ، وأنها تصبح جزء من الطقوس المنتشرة بين الشباب ، ونتيجة لذلك فإن النتائج المتعلقة بهذه الأنشطة يجب أن يتم تغييرها (لوبير وكوى Loeber & Coie ، ٢٠٠٤) .

خامساً : إن الجوانب المعرفية المتعلقة بسلوك فوضوي معين ينبغى أن ترتبط بالاستمرار النسبى أو التوقف النسبى للسلوك ، فعلى سبيل المثال فإن السلوك الفوضوي التفاعلي والتوقعي لهما مضامين مختلفة لاتساق أو ثبات السلوك الفوضوي ، كما أن معرفة المكونات الانفعالية والمعرفية للسلوك الفوضوي تعد خطوة أولى نحو تحسين التدخلات من أجل تقليل السلوك الفوضوي ، وكلما ازداد فهمنا للعمليات الانفعالية والمعرفية المرتبطة بدوام أو استمرار السلوك الفوضوي كلما أمكن إدخال هذه الجوانب في التدخلات العلاجية بطريقة أفضل (ويلسون وليبسى Wilson & Lipsey ، ٢٠٠٧) .



الفصل الخامس

الفصل الخامس

أبعاد اضطراب السلوك الفوضوي

المنظور التاريخي :

يلقى التاريخ المتعلق بعلم تقسيم الأمراض وتصنيفها فيما يتعلق باضطرابات السلوك الفوضوي الضوء على تحدى واحد يتمثل في تطوير قاعدة لمعرفة عمليات البحث في موضوع السلوك الفوضوي ، ولكن تغير التصورات الذهنية التشخيصية جعل من الصعب تجميع معرفة منظمة عن انتشار وثبات التشخيصيات الفوضوية بمرور الوقت .

ولم تتضمن الطبعة الأولى من الدليل التشخيصي والإحصائي (DSM-I) التي تم نشرها عام ١٩٥٢ أى تشخيصات تتعلق بمرحلة الطفولة ، ومع إصدار الدليل التشخيصي والإحصائي الثاني (DSM-II) عام ١٩٦٨ تم تضمين السلوك الفوضوي في التشخيصات المتعلقة بالتفاعل أو رد الفعل العابر ، والتفاعل العدواني ، والتفاعل المنحرف الجماعي ، وأشتمل الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث (DSM-III) الذي صدر عام ١٩٨٠ على اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي ، واستمر الحال على ما هو عليه فيما يتعلق باضطراب السلوك الفوضوي في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل (DSM-III-R) الذي صدر عام ١٩٨٧ ، بينما أشتمل الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM-IV) الصادر عام ١٩٩٤ على تعديلات أكبر من خلال المراجعات لعدد الأعراض المرضية ، وفي الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل أو المراجع للاضطرابات النفسية (DSM-IV-TR) الصادر عام ٢٠٠٠ تم تضمين اضطرابات السلوك الفوضوي داخل مشكلات المسلك والتحدى والمعارضة وتم تعريف اضطراب العناد والتحدى على أنه طبع أو مزاج سريع الغضب ومقاوم

للأشخاص الذين يمثلون السلطة ، بينما تم تعريف اضطراب المسلك على أنه عدم مراعاة المعايير الاجتماعية والقواعد وحقوق وسلامة الآخرين بالإضافة إلى العدوان البدني ، والمعالم التشخيصية الجوهرية لهذه الاضطرابات ظلت ثابتة نسبياً خلال الطبعات الأربع الماضية للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية على الرغم من أن التغييرات التي طرأت على الأعراض المرضية أدت إلى وجود تقلبات في معدلات الانتشار ، وفي الوقت الحالي تم تشخيص مشكلات المسلك كتتابع نمائى فتشخيص اضطراب المسلك يمنع تشخيص اضطراب العناد والتحدى لأن الافتراض هو وجود تقدم تنموى من اضطراب العناد والتحدى إلى اضطراب المسلك ، والدراسات الطولية التي أجريت على عينات الأطفال التي تم تحويلها للعيادات أيدت هذا الافتراض ، فالأطفال الذين تم تشخيصهم بما يفيد وجود اضطراب العناد والتحدى لديهم يكونوا في خطورة متزايدة بدرجة دالة من جراء تطور أو حدوث اضطراب المسلك ، ويكونوا أيضاً في خطورة متزايدة من جراء حدوث اضطرابات أخرى مثل القلق والاكتئاب .

وهذه النتائج تلقى الضوء على أهمية فهم وتحديد التدخل الملائم فيما يتعلق بالسلوك الفوضوي الدال من الناحية الكلينيكية ، ويجب أن يكون ذلك في المراحل الأولى من مسار السلوك الفوضوي ، والغالبية العظمى من الدراسات التي تناولت الأطفال الأصغر سناً ركزت فقط على اضطراب العناد والتحدى بسبب القابلية التنموية لاضطراب المسلك لدى الأطفال الصغار ، والنتائج المستمدة من دراسة تحليلية عاملية للأعراض المرضية المتضمنة في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية قام بها ستربا وآخرون .Sterba et al (٢٠٠٧) تؤيد وجود مجموعة أعراض مرضية واحدة للسلوك الفوضوي عند الأطفال في عمر ما قبل دخول المدرسة ، وعلاوة على ذلك فإن نموذج التتابع النمائى له مبرر

معقول بسيط عند الأطفال الصغار هو وجود تقدم تنموي من اضطراب العناد والتحدى إلى اضطراب المسلك .

الأنماط الفرعية :

للتعرف على الأنواع الفرعية لاضطرابات السلوك الفوضوي يمكن أن يحيطنا علماً باختيار المعالم الجوهرية والمحددة للسلوكيات الفوضوية ، وتركز الأنواع الفرعية على تحديد المجموعات الفرعية من الأفراد بينما تركز الطرق البُعدية (القائمة على الأبعاد) على تحديد المجموعات الفرعية الوثيقة الصلة بهذه السلوكيات .

ولتمييز السلوك المنحرف المشاع أو المشترك بين الجماعة Socialized Delinquent Behavior ، والسلوك المنحرف غير المشاع أو غير المشترك بين الجماعة Unsocialized Delinquent Behavior قام فريق من الباحثين بوصف مجموعة من الأنواع الفرعية الممكنة أو المحتملة لبيان السلوكيات الفوضوية ، ولقد تم وصف الأفراد الذين لديهم سلوك منحرف مشترك أو مشاع بين الجماعة ، والأفراد الذين لديهم سلوك منحرف غير مشاع أو غير مشترك بين الجماعة على أنه يمكن التمييز بينهم فيما يتعلق بالمنظور الذي يتخذونه ، والاستدلال أو التفكير المجرد Abstract Reasoning ، والمشاركة الوجدانية ، وتم تقديم هذا التمييز في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث للاضطرابات النفسية على أنه نوع فرعي محتمل أو ممكن (كواى وآخرون .Quay et al ، ١٩٨٧) .

وتناولت مجموعة كبيرة من البحوث وصف الأنواع الفرعية لاضطراب المسلك استناداً إلى العمر الزمني وبداية حدوث الاضطراب ، فمشكلات المسلك التي تبدأ في وقت مبكر قد يكون لها أسباب مرضية فريدة

من نوعها ، وارتباطات تنموية عصبية عن مشكلات المسلك المحددة في مرحلة المراهقة (موفيت وكاسبى Moffitt & Caspi ، ٢٠٠١) ، ويعترف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع بهذا التمييز على أنها أنواع فرعية ممكنة داخل علم تقسيم الأمراض وتصنيفها فيما يتعلق باضطراب المسلك ، والتمييز المتمثل في بداية حدوث الاضطراب في مرحلة الطفولة مقابل بداية حدوث الاضطراب في مرحلة المراهقة تم التصديق عليه والتوسع فيه ، وعلى وجه الدقة فإن الأفراد الذين لديهم بداية حدوث مبكر لاضطراب المسلك يكون من المحتمل بدرجة أكبر أن يكونوا قد مروا بمضاعفات أثناء الحمل والولادة ، ومزاج أو طبع لا يمكن التحكم فيه أو السيطرة عليه ، وأوجه شذوذ عصبية ونمو حركى متأخر في مرحلة الطفولة المبكرة ، ومن المحتمل بدرجة أكبر أيضاً أن يكون لديهم قدرة عقلية متدنية ، وصعوبات في القراءة ، ودرجات منخفضة على الاختبارات النفسية العصبية فيما يتعلق بالذاكرة ، ونشاط زائد ، ودقات قلب منخفضة وذلك في مرحلة الطفولة المتأخرة (موفيت Moffitt ، ٢٠٠٦) .

ويرتبط اضطراب المسلك المبكر الحدوث مقابل اضطراب المسلك المتأخر الحدوث بدرجة قوية بالعدوان الجسمي ، لذلك فإن هناك تمييز لنوع فرعى آخر تم عمله بين الإظهارات التي تتميز بالسلوكيات العدوانية Aggressive Behaviors مقابل السلوكيات غير العدوانية Nonaggressive Behaviors وهذا التمييز النمطى تم تأييده بواسطة التحليل العاملى (تاكيت وآخرون Tackett et al. ، ٢٠٠٣) ، وتتضمن مشكلات المسلك العدوانى الشجار ، والقسوة البدنية ، والسلوك العنيف ، بينما تتضمن مشكلات المسلك غير العدوانية السلوكيات المنحرفة غير العنيفة مثل الأعمال غير القانونية ، والانتهاكات (مثل كسر حظر التجوال) والتحدي ، وهذين النوعين الفرعيين

لهما ارتباطات متباينة ؛ حيث يظهر السلوك غير العدواني المتمثل في خرق أو انتهاك القواعد بأنه يتأثر بشكل أكبر بعوامل بيئية عما في مشكلات المسلك العدائية (تاكيت وآخرون .Tackett et al ، ٢٠٠٥) ، والتحليلات التي تتمركز حول الشخص في عينة ممثلة أكدت على أن السلوكيات الفوضوية العدوانية المتواصلة ، والسلوكيات الفوضوية المتواصلة غير العدوانية تميل إلى عدم التداخل عند الأولاد ، ولكن التمييز يكون أقل وضوحاً بالنسبة للبنات ، وعلاوة على ذلك كان السلوك الفوضوي العدواني مرتبطاً بعوامل خطورة بيئية لا نظير لها أو فريدة من نوعها ومن هذه العوامل الفقر ، والإشراف الوالدي المتدني ، والإجرام عند الوالدين (موجان وآخرون .Maughan et al ، ٢٠٠٠) .

ويميز لوبير وآخرون .Loeber et al (٢٠٠٠) بين ثلاثة أنواع فرعية للسلوك الفوضوي تحدث في مرحلة الطفولة هي :

- النوع الظاهر **Overt** الذي ينطوي على المواجهة مثل القتال أو الشجار .
- النوع المستتر أو الخفي **Covert** الذي ينطوي على سلوكيات مثل الكذب والسرقة .
- الصراع أو النزاع مع السلطة **Authority Conflict** أو أولي الأمر ، وينطوي هذا النوع على سلوكيات مثل عدم الطاعة أو عدم الامتثال والعصيان والتحدي .

ونظر فريك وهوايت Frick & White (٢٠٠٨) إلى السمات القاسية غير الانفعالية Callous-Unemotional Traits بين مجموعة فرعية من الأطفال الذين لديهم سلوكيات فوضوية على أنها مسار سببي ممكن يقوم به بعض الأطفال بتطوير مشكلات حادة تتعلق بالمسلك ، وتتضمن السمات القاسية غير الانفعالية نقص المشاركة الوجدانية أو قلة الاهتمام بالآخرين ،

ونقص الشعور بالذنب ، واستغلال الآخرين مـن أجـل تحقيـق مكاسـب شخصية ، وهذه السمات تعتبر ثابتة أو مستقرة نسبياً عبر مرحلة الطفولـة ومرحلة المراهقة ، وتتضمن هذه السمات أسلوباً مزاجياً يتميز بالبحث عـن الإثارة والجسارة (عدم الخوف) ، ومشكلات أكثر حدة تتعلق بالعدوان .

وهذه الجهود الرائعة بينت بطريقة واضحة وجود اللاتجانس في إظهار السلوكيات الفوضوية ، ومع ذلك فرغم التحديـد والتركيـز علـى المعـالم الجوهرية للسلوك الفوضوي التي تساعد على توضيح التغاير المـنظم فـي السمات الكلينيكية الأساسية (علـى سـبيل المثـال المـشاركة الوجدانيـة والإصرار) فكل مجهود لنوع فرعي يركز على مكون واحد من مكونـات السلوك الفوضوي ، وبالتالي لم يستخدم أى إطار عمل الطريقـة المتعـددة الأبعاد التي تحاول أن تتضمن المعالم المتعددة للمكون أو التحولات التنموية في العرض المتعلق بهذا السلوك .

السلوك الفوضوي عند الأطفال الصغار :

يوجد اتفاق كبير على أن السلوكيات الفوضوية التي تظهر في مرحلة الطفولة المبكرة تكون حادة لدى بعض الأطفال الذين تنطبق عليهم المعـايير التشخيصية ، وتم تأييد صدق هذا التركيب التشخيصى لدى الأطفال الذين في عمر ما قبل المدرسة بنتائج تتمثل في أن الأطفال في عمر ما قبـل دخـول المدرسة الذين تنطبق عليهم معايير الأعراض المرضية لاضطراب السلوك الفوضوي يكونون من المحتمل بدرجة أكبر وبواقع ٢٠ مرة ضعفاء وذلـك طبقاً لتقارير الوالدين ، ومن المحتمل أيضاً بدرجة أكبر وبواقع مـرتين أن يكونوا ضعفاء حسب تقارير المعلمين (كينان وآخـرون .Keenan et al ، ٢٠٠٧) وعلاوة على ذلك فإن الأعراض المرضية لاضـطراب الـسلوك الفوضوي تكون متسقة مع السلوك الذي تمت ملاحظته فيما يتعلق بالتقديرات

الحساسة من الناحية التنموية (واكسكلاج وآخـــرون .Wakschlag et al ، ٢٠٠٧) ، وتكون متسقة من خلال التقدير الذاتي للطفل الصغير على قائمة الأعراض المرضية لاضطراب السلوك الفوضوي (كيم- كوهين وآخـــرون .Kim-Cohen et al ، ٢٠٠٥) .

وفي تقرير للآباء عن سلوك الأطفال الذين يبلغون من العمر ١٧ شهراً وجد أن ما يقرب من نصف هؤلاء الأطفال يتسمون بالتحدي " أحياناً " بينما ١٠% فقط من هؤلاء الأطفال يتسمون بالتحدي " غالباً " ، وفي عينة أخرى أكبر كان هناك أقل من ١٠% من الأطفال الذين في الثالثـــة مـــن عمـــرهم يضربون الآخـــرين " غالبـــاً " (تـــرمبلاى وآخـــرون .Tremblay et al ، ٢٠٠٤) كما أوضحت نتائج دراسات أخرى أن ٥% من الأولاد ، ١% من الفتيات في العينة السكانية العامة يظهرون عدداً من الـــسلوكيات العدوانيـــة الجسدية المختلفة بشكل متكرر في عمر ما قبل دخول المدرسة ، وعلى نفس المنوال كانت هناك نسبة تصل إلى ١٢,٤% من الأطفال في نفس المرحلـــة العمرية يظهرون سلوكيات مختلفة تنطوي على العناد والتحدى وذلك بـــشكل متكرر في هذه المرحلة العمرية (بايلارجون وآخـــرون Baillargeon et al. ، ٢٠٠٧) .

وعلاوة على ذلك فإن الأنواع الفرعية للسلوك الفوضوي يتم تحديـــدها حتى قبل بلوغ الثانية من العمـــر ، فلقـــد أوضـــح بـــايلارجون وآخـــرون Baillargeon et al. (٢٠١١) أن الأطفال في مرحلة الحبو والذين لـــديهم مشكلة تتمثل في العدوان الدال أظهروا أيضاً سلوكيات تـــدل علـــى العنـــاد والتحدى بطريقة متكررة ، ولكن كانت هناك أقلية من الأطفـــال فـــي هـــذه المرحلة والذين لديهم مشكلة دالة تتعلق بالعناد والتحـــدى أظهـــروا أيـــضاً سلوكيات عدوانية بطريقة متكررة مما يوحى بأنه حتى قبل بلوغ الثانية مـــن

العمر يكون العناد والعدوان الجسدي من المكونات المميزة للسلوك الفوضوي ، وهذه المعرفة تم تأييدها عن طريق أوجه التقدم في القياس التي زودت هذا المجال بأدوات دقيقة تفيد في الحصول على المعلومات المتعلقة بالناحية التنموية لشكل كبير من أجل وصف وقياس السلوكيات الفوضوية عند الأطفال الصغار .

الطرق المتعددة الأبعاد التي تحدد السلوكيات الفوضوية :

أوضحت الطرق التي تركز على تحديد الأبعاد التي تشكل السلوكيات الفوضوية عند الأطفال الصغار ، وكذلك طرق التحليل العاملي بين الأطفال الأكبر سناً وجود بعدين رئيسيين لاضطراب العناد والتحدي بين الأولاد (وجدان سلبي ، وسلوك يدل على العناد والتحدي) وثلاثة أبعاد رئيسية لاضطراب العناد والتحدي بين الفتيات (سلوك يدل على العناد ، ووجدان سلبي ، وسلوك عدواني) (بوركي وآخرون .Burke et al ، ٢٠١٠) ، وهذه الأبعاد التي بين الأولاد والبنات تتنبأ بنتائج تشخيصية مختلفة ، فالبعد المتعلق بالوجدان السلبي ينبئ بتشخيص لاحق يتعلق بالاكتئاب ، وهناك دليل مستمد من دراسة للتوائم تفيد بأن أبعاد اضطراب المسلك المستمدة من تحليل العوامل المختلفة يكون لها أسباب مرضية فريدة من نوعها مع انتهاك القواعد الذي يُظهر إسهاماً أكبر من البيئة الأسرية والسلوك العدواني الذي يظهر تأثيراً أكبر للعوامل الوراثية (تاكيت وآخرون .Tackett et al ، ٢٠٠٥) .

كما توصل استرنجارس وجودمان Stringaris & Goodman (٢٠٠٩ أ ، ٢٠٠٩ب) إلى وجود ثلاثة أبعاد فرعية فيما يتعلق باضطراب العناد والتحدي وهي البعد المتعلق بسرعة الغضب ، والبعد المتعلق بالعناد أو الاستبداد بالرأي ، والبعد المتعلق بالأذى أو الضرر ، ووجدا أن هذه الأبعاد ترتبط بارتباطات فريدة من نوعها مع المسارات التشخيصية التنموية

للسلوكيات الفوضوية بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من ٥ سنوات إلى ١٦ سنة ، وكانت سرعة الغضب منبئة بالاكتئاب والقلق ، والعناد أو صلابة الرأي منبئاً باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد واضطراب المسلك غير العدواني ، ويتنبأ الأذى أو الضرر باضطراب المسلك العدواني .

وكشرح لهذه المسارات المتباعدة افترض استرنجارس وآخرون Stringaris et al. (٢٠١٠) نموذج تقاربي- تباعدي تقوم فيه العوامل السببية المتعددة مثل الاستعدادات المزاجية أو البيولوجية للنشاط المتصاعد ، والاستعدادات الانفعالية بالارتباط مع المنغصات البيئية لكي تتلاقى في تشخيص اضطراب العناد والتحدي ، وبعد ذلك تتباعد داخل مسارات بعيدة متميزة ، وهذا العمل يوضح أن استخدام نموذج متعدد الأبعاد يؤدي إلى وجود صورة كلينيكية أكثر دقة بإمكانها أن تتضمن التغاير أو اللاتجانس الموجود عند الأطفال الذين لديهم سلوكيات فوضوية مبكرة في مرحلة الطفولة ، وبالتالي فإن الأطفال الذين لديهم سلوكيات فوضوية تستدعي الانزعاج من الناحية الكلينيكية يمكن أن يتم عمل نموذج فرعي لهم استناداً إلى أدائهم الوظيفي عبر أبعاد متعددة تكون على صلة وثيقة بسبب ومسار السلوكيات الفوضوية .

ونظراً لاتساع العمل المتعلق بمكونات السلوكيات الفوضوية فمن الممكن تقديم نماذج متعددة الأبعاد من الناحية النظرية وقائمة على الدليل العملي الواضح .

مزايا الطرق البُعدية والتنموية للسلوك الفوضوي :

على الرغم من وجود توتر بين الطريقة النمطية Categorical

والبُعدية Dimensional للحالة المرضية النفسية لمدة ستين عاماً على الأقل إلا أنه يوجد تأكيد متزايد على الطرق البُعدية للحالة المرضية النفسية في ضوء محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (كروجر وبزدجيان Krueger & Bezdjian ، ٢٠٠٩) ، وفي النموذج المتعدد الأبعاد المفترض للسلوك الفوضوي يتم التركيز على محورين :

١- يتضمن المحور الأول بُعد مستمر واحد يتناول الحدة أو الشدة بصرف النظر عن الأعراض المرضية النوعية للسلوك الفوضوي .

٢- يتألف المحور الثاني من المكونات المتعددة المترابطة للسلوك الفوضوي ويتم قياس كل منها بطريقة بُعدية .

وهذان المحوران يتطلبان منظوراً تنموياً أو إطاراً معيارياً ، وتتغير المستويات المعيارية لتحديد شدة أو حدة السلوك الفوضوي عبر الفترة الحياتية ، واتساقاً مع الحالة المرضية النفسية ، والتوقعات الخاصة بالاستمرار المختلف الأنماط داخل الأبعاد فإن السلوكيات النوعية التي تتكون منها الأبعاد الخاصة بالسلوك الفوضوي الجوهري للمحور الثاني والتي يتم قياسها بأفضل الطرق ستتغير عبر الفترة الحياتية أو مع النمو ، والتقدير الحساس للأبعاد المتعددة للسلوك الفوضوي يعتبر هاماً جداً لفهم تقليل الأعراض المرضية ، وعلاج السلوكيات الفوضوية الهامة من الناحية الكلينيكية ، ويوضح الجدول التالي تغير المكونات البُعدية للسلوك الفوضوي عبر مراحل النمو .

جدول (٣)

تغير المكونات البُعدية للسلوك الفوضوي عبر مراحل النمو

البُعد	الطفولة المبكرة	عمر دخول المدرسة	مرحلة المراهقة	مرحلة الرشد
الغضب	يكسر أو يدمر الأشياء أثناء نوبات الغضب .	يكون لديه نوبات غضب متكررة .	يكون لديه انفجارات غالباً رداً على الطالب أو الأوامر الروتينية .	يكون منفجراً من الغضب .
عدم الامتثال	يرد بكلمة لا بمعنى أنه يقول لا قبل أن يسمع ما يطلب منه .	يقاوم دائماً تكملة عمله المدرسي .	غير مطيع بشكل فظيع .	يجادل بشكل متكرر مع المشرفين .
العدوان	يؤذى الأطفال الآخرين عندما يكون الكبار غير منتبهين له .	يبدأ في التشاجر مع الأقران عندما يكون غير محرض أو مستفز .	يرهب أو يضرب الآخرين .	له علاقات عدوانية .

تصور ذهني للسلوك الفوضوي :

تعرف الحالة المرضية النفسية على أنها انحراف عن النمط المعياري وهذا التعريف يتطلب ضرورة وضع دراسة السلوكيات الفوضوية داخل توقعات تنموية معيارية ، ويتطلب ذلك التمييز بين السلوك المعيارى (أي السلوكية الظاهرة المطابقة للعمر) والمكونات التي تتسم بها السلوكيات الفوضوية ، وتوضح الأنماط العاجزة عن التكيف والدالة من الناحية الكلينيكية أن نمو الطفل يعتبر في خطر أو يستدعى القلق أو الانزعاج

الكلينيكى (واكسكلاج وآخرون Wakschlag et al. ، ٢٠٠٧) ، وعلى الرغم من ذلك فإن هذه الطريقة لم يتم تطبيقها بطريقة منتظمة على نظم التصنيف الكلينيكى (واكسكلاج وآخرون Wakschlag et al. ، ٢٠١٠) ، واستخدام أو إتباع الإطار التنموى يعد هاماً جداً من أجل فهم السلوك الفوضوي .

وفي إطار العمل النمطى التنموى ووفقاً للدليل التشخيصى والإحصائى للاضطرابات النفسية فإن ما يقرب من ربع الأعراض المرضية لاضطراب المسلك تكون مستحيلة من الناحية النمائية (على سبيل المثال ممارسة النشاط الجنسى بالإكراه ، والهروب من المدرسة) ، وما يقرب من ثلث الأعراض المرضية لاضطراب المسلك تكون غير محتملة من الناحية النمائية (على سبيل المثال إشعال الحرائق ، والسرقة) ، والأعراض المرضية الباقية تكون غير دقيقة بشكل كبير من الناحية النمائية وربما يرجع ذلك إلى المعدلات العالية لحدوثها (على سبيل المثال يغضب غالباً) (واكسكلاج وآخرون Wakschlag et al. ، ٢٠٠٧) .

ويعنى الاعتماد على التصنيف التشخيصى الذي يفتقر إلى النوعية التنموية أن السلوكيات الدالة من الناحية الكلينيكية تم إهمالها ، وأن الاستمرارية المختلفة الأنماط من الصعب تتبعها عبر الوقت ، وعلى العكس من ذلك فإن عمل إطار للمكونات الرئيسية للسلوك الفوضوي بطريقة بُعدية كان عبر الفترات له إمكانية توضيح الإظهارات التنموية المتباينة ، فعلى سبيل المثال فإن الأعراض الخاصة بالهروب من المدرسة الذي يعد سلوك مرتبط بشكل متسق بتشخيص إكلينيكى لاضطراب المسلك في مرحلة المراهقة يمكن وضع تصور ذهنى له على أنه يندرج داخل بُعد أوسع لعدم الامتثال ، وفي أحيان أخرى قد تتضمن الإظهارات سلوكيات مثل الرد بكلمة

لا في فترة ما قبل دخول المدرسة بمعنى أن الطفل يقول لا حتى قبل سماع ما يطلب منه أو عدم القدرة على استيعاب التوجيهات الصادرة من المشرفين أو المجادلة بشكل متكرر في مرحلة الرشد ، ويجب عمل اختبار من الناحية العملية لهذه الاستمرارية في السلوك عبر الوقت باستخدام أبعاد متعددة توضح التغيرات في الحدة أو الشدة العامة (المحور الأول) ، وكذلك الاستمرارية داخل وعبر كل مكون من المكونات البعدية (المحور الثاني) (واكسكلاج وآخرون .Wakschlag et al ، ٢٠١٠) .

- الأطفال الذين لديهم علامات مبكرة للسلوك الفوضوي (على سبيل المثال نوبات الغضب الطويلة التي تتميز بالحدة) والحالة النفسية الغاضبة قد لا تندرج تحت مظلة معايير الأعراض المرضية للتشخيصات النمطية .
- تحديد السلوك من الناحية التنموية على متوالية تمتد من سوء السلوك المعيارى إلى سلوك في خطورة من الناحية الكلينيكية إلى سلوك يستدعى القلق أو الانزعاج الكلينيكى يساعد على عمل فحص دقيق بشكل أكبر للنقطة التي يتم فيها تحديد ما هو نمطي وما هو غير نمطي .

مزايا فهم سبب وسياق المرض باستخدام التقدير المتعدد الأبعاد :

تتيح الطرق المتعددة الأبعاد فرص للنظر إلى كيف أن العوامل السياقية مثل النوع أو الجنس ، والعمر الزمني ، واللون يمكن أن تقدم معلومات عن جوانب السلوكيات الفوضوية (كروجر وبزدجيان Kruger & Bezdjian ، ٢٠٠٩) ، وتؤثر العوامل السياقية على المكونات المختلفة للسلوكيات الفوضوية بدرجة مختلفة اعتماداً على العمر والمستوى النمائى للفرد ، ودراسات التوائم تكون مصدراً للمعلومات بشكل خاص في فهم دور المكيانيزمات الوراثية والبيئية في النمو ، فعلى سبيل المثال هناك دليل على أن تأثير السياق يختلف بين الأنواع الفرعية لاضطراب المسلك ، فالسلوكيات

العدوانية تتأثر بشكل أكبر بالعوامل الوراثية ، ويرتبط انتهاك القواعد غير العدواني بدرجة أكبر بالعوامل البيئية (تاكيت وآخرون .Tackett et al ، ٢٠٠٥) ، وبالمثل فإن الأسلوب الوالدي لا يتنبأ بالأنماط القاسية غير الانفعالية ، ولكنه مرتبط بشكل قوى بأشكال أخرى للسلوك الفوضوي (دادس وسالمون Dadds & Salmon ، ٢٠٠٣) ، وتم وصف تطور السلوك المضطرب على أنه شبكة ترتبط بالعديد من العمليات المتشابكة التي تتضمن المخاطر الفردية داخل الطفل (على سبيل المثال نوع أو جنس الطفل ، والطبع أو المزاج) ، بالإضافة إلى عوامل سياقية مثل الخطورة الأسرية (على سبيل المثال المرض النفسى عند الوالدين والتعرض للعنف من جانب شريك الحياة) أو الخطورة الديموجرافية الاجتماعية (على سبيل المثال التعرض للفقر أو حبس أو سجن أحد الوالدين) تتفاعل جميعها مع مرور الوقت في عمليات إجرائية معقدة لإحداث أنماط سلوكية سيئة التوافق والطرق المتعددة الأبعاد التي تدمج كل من مكونات الحدة والنوعية للسلوك الفوضوي (التي تم قياسها بطريقة بُعدية) قد تلقى الضوء على السلوك الفوضوي الدال من الناحية الكلينيكية بتقديم المزيد من التحديد الذي يمكن من خلاله فحص ما يكشف عنه بالإضافة إلى توفير الفرص للنظر إلى طرق عمل نموذج إحصائي متطور (ترمبلاى Tremblay ، ٢٠١٠) .

النموذج المتعدد الأبعاد ذو الأربعة عوامل للسلوك الفوضوي :

اقترح عدد من الباحثين (واكسكلاج وآخرون .Wakschlag et al ، ٢٠١٠ ؛ واكسكلاج وآخرون .Wakschlag et al ، ٢٠١١ ؛ واكسكلاج وآخرون .Wakschlag et al ، ٢٠١٢) نموذج بُعدى ذو أربعة عوامل للسلوك الفوضى ، وهذه العوامل تقوم على جوانب نظرية وتنموية وعملية ، وهذه العوامل هي :

١- العدوان Aggression

٢- عدم الامتثال Noncompliance

٣- الغضب Temper Loss

٤- الاهتمام المتدني بالآخرين Low Concern for Others

وهذه الأبعاد الأربعة تقوم من الناحية النظرية على :

- طريقة للحالة المرضية النفسية التنموية تؤكد على الفروق الفردية للتصورات الذهنية القائمة على جوانب تنموية معيارية مترابطة بطبيعتها وهى :

  ١- ضبط العدوان .

  ٢- توازن الاستقلالية والامتثال .

  ٣- ضبط الانفعال (ولاسيما تنظيم أو ضبط الغضب) .

  ٤- نمو المشاركة الوجدانية والضمير .

- الفهم الكلينيكى للطرق المختلفة للسلوك الفوضوي التي تنشأ مبكراً وتظهر عن نفسها .
- الأعمال المختلفة التي اهتمت بدراسة خصائص السلوك الفوضوي .

وهذا النموذج الشامل المكون من الأربعة أبعاد يسعى إلى التحرك إلى ما وراء العدوان كإطار مركزي منظم ولتكامل وصف المكونات النوعية للسلوك الفوضوي (على سبيل المثال السمات القاسية غير الانفعالية) داخل نموذج موحد يتضمن المجال الكامل للسلوك الفوضوي .

ويتميز البعد العدوانى بالاستجابة أو الرد بشكل عدواني لمجموعة متنوعة من السياقات التي تتراوح من الحماية الذاتية المتوقعة كاستجابة للعنف الحاد أو الشديد ، ويتضمن البُعد المتعلق بعدم الامتثال الفشل في

الامتثال للتوجيهات والقواعد والأعراف أو المعايير الاجتماعية التي تتراوح من مقاومة يمكن توقعها من الناحية التنموية إلى خرق أو انتهاك للقواعد بشكل سائد ومستفز ، ويتضمن البُعد الخاص بالغضب للتعبير الظاهر للغضب ويتراوح من التعبيرات المعتدلة للإحباط إلى الغضب الشديد والغضب غير المنظم والحاد ، ويتضمن البُعد الخاص بالاهتمام المتدنى والمنخفض بالآخرين الاحتقار الشديد بالآخرين بما في ذلك نقص الشعور بالذنب بالنسبة للاعتداءات ، ونقص الاهتمام بمشاعر الآخرين ، وتتطور السلوكيات التي في هذا البُعد إلى عدم الاهتمام بشكل مستمر لاحتياجات ومشاعر الآخرين .

وقام واكسكلاج وآخرون .Wakschlag et al (٢٠١١) بدراسة ثلاث عينات مستقلة (عينتان تمثلان الطفولة المبكرة ، وعينة تمثل المراهقين) وأوضحت النتائج تطابق النموذج المكون من أربعة أبعاد تطابقاً عالياً بالمقارنة بالنماذج التقليدية التي تتضمن :

أ- النموذج القائم على الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية المتعلق باضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي .

ب- النموذج ذو البعدين الذي يميز مجموعة مضطربة بشكل عام عن مجموعة لديها نسبة عالية فيما يتعلق ببعد الاهتمام المتدنى أو المنخفض بالآخرين .

العدوان :

ينظر إلى العدوان المعياري Normative Aggression الذي يظهر في مرحلة الرضاعة كطريقة طبيعية للتعبير عن الغضب على أنه حدث تنموى معياري ؛ حيث يستجيب الأطفال للإحباط (على سبيل المثال فقد

طفل للعبته) بعدوان إجرائي أو وسيلي يحقق هدف وظيفي (علـى سـبيل المثال إرجاع اللعبة إليه) (هاى Hay ، ٢٠٠٥) ، وعلى الـرغم مـن أن بعض أنواع العدوان تكون معيارية في مرحلة الطفولة المبكرة فإن الدراسات الطولية لأنماط العدوان عبر الطفولة المبكرة قد بينت أن المستويات المعيارية للعدوان تكون من متوسطة إلى منخفضة في الطفولة المبكرة ، وتبـدأ فـي الانخفاض الملحوظ فيما يتعلق بالتكرار وذلك فيما بين عمر ٣٦ ، ٤٣ شهراً (ترمبلاى وآخرون Tremblay et al. ، ٢٠٠٤) ، وفي الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية يـتم عـرض الـسلوكيات العدوانية في أعراض مرضية متعددة لاضطراب المسلك على سبيل المثال : يبادر أو يبدأ بالمشاجرات البدنية غالباً ، وهذه الأعراض المرضية يتم تقييمها فيما يتعلق بالنمو المعيارى على الرغم من عدم تقديم أي معـايير تنمويـة معينة ، ويعتبر العدوان من أكثر أبعاد السلوك التي يتم دراستها وتم اعتباره دائماً علامة مميزة لاضطرابات السلوك الفوضوي ، والبحوث التي اهتمـت بدراسة العدوان عند الأطفال الصغار بينت أن نوعية العدوان تعـد مؤشـراً كلينيكياً هاماً فعلى سبيل المثال وجد أن ١٩% من الأطفال الـذين يبلغـون عامين ، ١٥% من الأطفال الذين يبلغون من العمر ثلاث سنوات يكونـون عدوانيين غالباً عندما يكونون محبطين ، ولكن ١% من الأطفال في أي عمر يقومون بإحداث الضرر بالآخرين بشكل متعمد (كارتر وآخرون Carter et al. ، ٢٠٠٣) .

وعلاوة على ذلك فإن العدوان التفا على Reactive Aggression الذي يمكن ملاحظته مع الأقران لا يرتبط مع التقديرات العالية للعدوان من جانب الأمهات ، بينما العدوان التوقعى أو الاستعداد مسبقاً للتعامل مـع صـعوبة محتملة Proactive Aggression يرتبط مع التقديرات العالية للعدوان مـن

جانب الأمهات (هاى Hay ، ٢٠٠٥) . وقد تتضمن الإظهارات الإكلينيكية العدوان الحاد ، والعدوان المدمر وغير المنظم ، والعدوان الموجه نحو الكبار ، وهناك الكثير من البحوث التي توثق ارتباط العدوان بصفات عدائية بمعنى وجود اتجاه أو ميل لنسب القصد العدائي إلى الآخرين وذلك في مواقف محايدة أو غامضة ، وذلك لأن أوجه العجز في اكتشاف المفاتيح أو الدلائل الاجتماعية تفشل في تقديم معلومات من شأنها أن ترتقي أو تنشط حل المشكلات الاجتماعية ، وتزيد الصفات العدائية أو الاستجابات الانتقامية من معدلات العدوان من مرحلة ما قبل دخول المدرسة حتى مرحلة المراهقة ، كما أن التحيز في الصفة العدوانية يرتبط بسلوك فوضوي بوجه عام ، وعدوان متزايد بشكل خاص (ريونز وكيتنج Runions & Keating ، ٢٠٠٧) وتأييداً للدور السببي في استمرار السلوك الفوضوي فإن التدخلات المصممة لتقليل التحيز الخاص بالصفة العدائية أدت إلى انخفاض بطريقة طبيعية فيما يتعلق بالعدوان عند الشباب (هادلي وجراهام Hudley & Graham ، ٢٠٠٨) .

عدم الامتثال :

يتضمن عدم الامتثال قواعد وتوجهات للتفاوض والتحرك نحو الاستقلالية ، ويمكن تمييز عدم الامتثال (على سبيل المثال مفاوضات الطفل للحصول على ما يريده) عن التحدي الظاهر أو الواضح الذي يتضمن الرفض القاطع والفعال والذي يرتبط بخطورة متزايدة من جراء حدوث السلوك الفوضوي (كارتر وآخرون .Carter et al ، ٢٠١٣) .

ولقد تم البحث في موضوع عدم الامتثال من الناحية التنموية على أنه عدم مراعاة للقواعد ، وعلى أنه تحدى ومقاومة التحكم أو السيطرة عند الأطفال الصغار ، وعلى أنه انتهاك خطير للمعايير عند الشباب المنحرف ،

وفي الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية يتدخل عدم الامتثال من الناحية التشخيصية في الأعراض المرضية لاضطراب العناد والتحدى التي تتضمن التحدي والمجادلة ، بالإضافة إلى الأعراض المرضية لاضطراب المسلك التي تعكس انتهاكاً للقواعد والمعايير المجتمعية .

وتتضمن المؤشرات الكلينيكية عند الأطفال الصغار عدم الامتثال الحاد والمستمر والرد بكلمة "لا" وسوء السلوك غير الظاهر أو الخفي ، ويوضح عدم الامتثال الذي يسود حتى في السياقات الاجتماعية الإيجابية أن الأطفال في عمر ما قبل دخول المدرسة الذين يصعب السيطرة عليهم من المحتمل بدرجة أكبر أن يظهروا اضطرابات السلوك الفوضوي (موفيت وآخرون Moffitt et al. ، ٢٠٠١) ، وأكد عدد كبير من الباحثين على الطبيعة التكيفية الممكنة لسلوك عدم الامتثال عند الأطفال الصغار من أجل تعلم مجموعة من السلوكيات الممكنة الايجابية ، ويمكن استخدام عدم الامتثال بطريقة تواؤمية للتفاوض بشأن الحدود التي تكون داخل مجال التفضيلات الشخصية أو الاختيارات الشخصية للطفل ، وما يندرج داخل نطاق الأعراف أو المعايير الاجتماعية المحددة من الناحية الاجتماعية للسلوك البينشخصى ، والالتزامات الأخلاقية .

ويشير كارتر وآخرون Carter et al. (٢٠١٣) أن عدم الامتثال يرتبط بأوجه عجز في المثابرة أو المداومة للاستجابة والتي تعكس فشلاً في الكف عن السلوك استجابة لدلائل العقاب وذلك بسبب الحساسية العالية للمكافأة أو الإثارة الفورية ، وهذا النمط من الاستجابة غير المرنة تحت ظروف الدافعية العالية تمت صياغته على أنه أساس معرفي عصبي للسلوك الفوضوي .

ويرى جود نيت وآخرون Goodnight et al. (٢٠٠٦) أن السلوكيات الظاهرة لعدم الامتثال التي يعرضها الأطفال الذين لديهم الأعراض المرضية لاضطراب العناد والتحدى تُعد مؤشراً لحدوث السلوك الفوضوي في مراحل النمو التالية .

الغضب :

يُعد الغضب انفعال غير مريح يصاحبه الرغبة في الاعتداء والتدمير وإنزال الضرر بالآخرين ، ويؤدى عدم التحكم في الغضب إلى زيادة خطورة السلوك الفوضوي والسلوك المعادى للمجتمع ، وفي إطار تصنيف الأمراض في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية ينعكس الغضب في الأعراض المرضية المتعددة لاضطراب العناد والتحدى على سبيل المثال يتضايق بسهولة من الآخرين أي أنه سريع الغضب ، وقد يكون الغضب علامة على وجود الاضطرابات النفسية ، ويرى بوتيجال وآخرون Potegal et al. (٢٠٠٣) أن السلوكيات المعيارية عند الأطفال الصغار تتضمن نوبات أو ثورات الغضب المتقطعة ، وكذلك الغضب رداً على الإحباط ، ويوضح بايلارجون وآخرون Baillargeon et al. (٢٠١١) أن تقديرات الوالدين لتكرار السلوكيات المتعلقة بالغضب تعكس تنوعاً واضحاً في النمو الأولى أو المبكر فعلى سبيل المثال الأطفال الذين يبلغ عمرهم ١٧ شهراً كان هناك ٢٢,١% من الأولاد ، ١٨,٧% من البنات تم وصفهم بواسطة أهلهم على أن لديهم مزاج حاد أو نوبات مزاجية ، وتتضمن المؤشرات الكلينيكية للغضب بالنسبة للسلوك الفوضوي في مرحلة ما قبل دخول المدرسة نوبات الغضب المطولة والمدمرة ، ونوبات الغضب اليومية المتكررة .

وعلى الرغم من أن فترات الغضب المعتدل تعتبر معيارية فإن عدم

التحكم في الغضب يزيد من خطورة اضطرابات السلوك الفوضوي والسلوك الخطير المعادى للمجتمع ، ويوجد دليل مستمد من الدراسات المتعلقة بالأوبئة يشير إلى أن الغضب ينبئ بسلوك معادى للمجتمع خلال المسار النموي ، فعلى سبيل المثال فإن نوبات الغضب المتكررة والحادة في الثالثة من العمر تنبئ بجرائم عنيفة في سن ٢٣ إلى ٢٤ سنة (استيفنسون وجودمان Stevenson & Goodman ، ٢٠٠١) ، وعلى الرغم من ذلك فإن نوبات الغضب المدمرة أو الهدامة ليست محددة لاضطرابات السلوك الفوضوي فقط بل تُعد مؤشراً كلينيكياً للعديد من الاضطرابات التي تحدث في مرحلة ما قبل دخول المدرسة بما في ذلك إضطراب قلق الانفصال وغيرها من اضطرابات القلق (بيلدن وآخرون .Belden et al ، ٢٠٠٨) .

ويرتبط الغضب من الناحية المعرفية العصبية بأوجه العجز في التحكم الكفي Inhibitory Control (أي القدرة على الكف عن استجابة مسيطرة أو سائدة تمشياً مع القواعد أو التعليمات) الذي يؤدى بدوره إلى وجود صعوبة في تنظيم الانفعالات السلبية التي تنبئ بحدوث السلوك الفوضوي ، ويُعد التحول أو التغير الانتباهي الذي يحتاج إلى كف الاستجابة العامل الأساسي لتنظيم المحنة أو الكرب ، وبالتالي فإن الأطفال الذين لديهم تحكم ضعيف سيكونون أكثر احتمالاً لأن يظهروا المعالم الأساسية للغضب المتمثلة في اضطراب العناد والتحدي ، وكذلك المعالم الأساسية للانفعال السلبي استجابة أو تلبية للمطالب البيئية (كارلسون ووانج Carlson & Wang ، ٢٠٠٧ ؛ اسبنراد وآخرون .Spinrad et al ، ٢٠٠٧) .

الاهتمام المتدني بالآخرين (عدم الاهتمام بالآخرين) :

يعكس عدم الاهتمام بالآخرين تنوع في الاستجابة لمشاعر الآخرين ، وتمت دراسة هذا البعد في عدد من الدراسات التي تتضمن نمو السلوك الذي

يحبذه المجتمع مثل المشاركة الوجدانية ، والانتباه لمشاعر الآخرين ، وعدم الارتياح عقب عمل شيء خاطئ أو الشعور بالذنب ، وعلى الرغم من أن هذه الجوانب المتعددة تمت دراستها كسلوكيات منفصلة ومتداخلة فيما بينها من الناحية التنموية ، اقترح عدد كبير من الباحثين أنه من المنظور الكلينيكى يمكن اعتبارها عناصر تتعلق بالاهتمام المتدني من الفرد تجاه الآخرين ، وهذا البعد يتجمع أو يتحد في مجموعة مترابطة من السلوكيات التي تعكس اللامبالاة الشديدة لمشاعر الآخرين مع الاستمرار في العمل المكثف عن السمات القاسية لدى الشباب الأكبر سناً (هاى وكوك Hay & Cook ، ٢٠٠٧) .

ويتضمن الاهتمام بالآخرين في السنوات الأولى من الحياة ظهور الاستجابات التي تدل على المشاركة الوجدانية لكرب أو محنة الآخرين والسلوكيات التلقائية التي يحبذها المجتمع ، فعلى سبيل المثال أوضحت نتائج الدراسة التي قام بها بايلارجون وآخرون .Baillargeon et al (٢٠٠٧) أن ٦٢,٤% من الأطفال الذين تم تقديرهم في عمر ١٧ شهراً كانوا يهدئون الطفل الذي يبكى أو يصرخ ، وكان ذلك يحدث بين الحين والآخر ، وأجرى كوشانسكا وأكزان Kochanska & Aksan (٢٠٠٦) دراسة تتعلق بنمو الضمير أوضحت نتائجها أن الأطفال الصغار يكون لديهم قواعد أساسية داخلية مثل الكف عن سوء السلوك والامتناع عن الأنشطة المحرمة حتى عندما لا يكون أحد من الكبار موجوداً معهم ، وأن الأطفال الصغار يظهرون أيضاً تأنيب الضمير الذي يتضمن الشعور بالذنب بسبب سوء السلوك ، والاعتذار ، والتحديق تعبيراً عن النفور ، ومحاولات استعادة المشاعر الطيبة .

وتم إجراء دراسات مستفيضة حول نقص الاهتمام بالآخرين لدى

الشباب الأكبر سناً خلص منها فريك وآخرون .Frick et al (٢٠٠٣) إلى وجود ارتباط بين السمات القاسية غير الانفعالية وبين العدوان التوقعي وذلك لدى الأطفال الصغار في عمر ما قبل دخول المدرسة ، كما أوضحت نتـائج العديد من الدراسات التنموية أن نقص الاهتمام بالآخرين لدى الأطفال الذين في عمر ما قبل دخول المدرسة يتوسط ثبات وحدة السلوك الفوضوي .

وينعكس الاهتمام المتدني أو عدم الاهتمام بالآخرين فـي اضـطراب العناد والتحدى (على سبيل المثال البلطجـة والقـسوة) ، وقـد تتـضمن العلامات السلوكية المعيارية عند الأطفال الصغار انعدام الجانب الحسي عند التجاوب مع المحنة أو الكرب لدى الأقران ، وإلقاء اللوم بين الحين والآخر على الآخرين من أجل تجنب النتائج السلبية ورفض المشاركة أو الـتهكم أو السخرية ، بينما تتضمن العلامات أو المؤشرات الكلينيكية اللامبالاة بالعواقب أو النتائج وعدم التأثر بغضب الوالدين ، وعدم الاهتمام بإرضاء أو إسـعاد الآخرين ، والتلذذ بكرب أو مـصائب الآخـرين (واكـسكلاج وآخـرون ، Wakschlag et al. ٢٠١٢) .

ومسألة أو موضوع العلامات السلوكية للسلوك الفوضوي لها مضامين أيضاً بالنسبة للتشخيص والتقدير وتلقى الضوء على الأهمية الكبيـرة جـداً لأدوات التقدير ، وطبقاً لمحكات تشخيص اضطراب العناد والتحـدي فـإن السلوكيات التي تدل على التحدي تحتاج إلى أن تحدث في سياق واحد لتنطبق عليها المعايير بالنسبة للتنميط التشخيصي ، فإذا كان الفرد متحدياً بطريقـة غير مرنة مع والديه يكون من المناسب أن ينطبق عليه نفس التشخيص كما لو أن الفرد يكون متحدياً بشكل غير مرن مع الوالدين وفي المدرسـة وفـي المواقف غير المألوفة ، ومع ذلك فإن هذه الجوانب الكلينيكية من الممكن أن

تتطلب تقديراً متميزاً وتدخل متميزاً أيضاً ، والطرق الحديثة للتقدير التشخيصي للأطفال الصغار التي تأخذ أو تضع في اعتبارها المطالب المتنوعة للسياق التفاعلي بالإضافة إلى شدة وانتشار السلوك يتم الاحتياج إليها ، فعلى سبيل المثال فإن البحوث الحديثة المستمدة من قائمة الملاحظة التشخيصية للسلوك الفوضوي Disruptive Behavior-Diagnostic Observation Schedule (DB-DOs) (واكسكلاج وآخرون Wakschlag et al. ، ٢٠٠٨) والتقديرات القائمة على ملاحظة السلوك الفوضوي التي تتضمن كلا سياقات الممتحن والوالدين تكشف أنه على الرغم من أن السيناريوهات التي تتم مع الكبار غير المألوفين هي الأكثر إمداداً للمعلومات المتعلقة بالتشخيصات بالنسبة للأولاد ، فإنه مع الوالدين نجد أن البنات الذين لديهن اضطرابات السلوك الفوضوي يظهرن معلومات متعلقة بتشخيصات السلوك الفوضوي (ساراه وآخرون Sarah et al. ، ٢٠١٢) وبالتالي فإن نفس التقديرات بدون سياقات الممتحن والوالدين لا توضح السلوك الفوضوي الهام للأولاد والبنات ، وهذه النتيجة المدهشة تذكرنا بأن الجوانب المتنوعة للسلوك الفوضوي تكون محددة فقط مثل الأدوات التي نستخدمها لقياس هذه الجوانب .

يضاف إلى ما سبق أن مجموعة المؤلفات التي تتناول السلوك الفوضوي ركزت على العدوان بشكل متباين ، ومن المهم أن نزيد من فهمنا لكل بعد من أبعاد المكونات الرئيسية التي تشكل المدى الكامل للسلوكيات الفوضوية على سبيل المثال الغضب وعدم الامتثال .

وأخيراً لا يمكن فهم السلوك الفوضوي بدون النظر إلى الحالة المرضية المشتركة أو المشكلات التي تحدث بطريقة متزامنة داخل وعبر

التشخيصات ، فالحالة المرضية المشتركة ترتبط بحدة أو شدة السلوكيات الفوضوية وقد تكون أيضاً عاكسة لعمليات فريدة من نوعها فيما يتعلق بتحليل الأعراض المرضية فعلى سبيل المثال وجد أن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد كحالة مرضية مشتركة مع اضطراب المسلك يرتبط بالحدوث المبكر جداً للسلوك الفوضوي وذلك بدرجة أكبر من تشخيص اضطراب المسلك وحده .

وعلاوة على ذلك فلقد تم افتراض أن الأبعاد المحددة لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (على سبيل المثال نقص الانتباه ، والاندفاعية ، والنشاط الزائد) ترتبط بأبعاد السلوك الفوضوي ، فعلى سبيل المثال وجد أن العدوان لدى الأفراد البالغين من العمر ١٣ عاماً عندما يرتبط بقلق حركي ينبئ بدرجة كبيرة جداً بالسلوك الإجرامي لدى الكبار (كارتر وآخرون Carter et al. ، ٢٠١٣) .

الفصل السادس

الفصل السادس

السمات القاسية غير الانفعالية لاضطرابات السلوك الفوضوي

مقدمة :

فيما يلي عرض لبعض المحاولات التي أجريت حديثاً لتعريف المسارات الإنمائية المتميزة التي من خلالها يظهر الأطفال أنماطاً حادة لسلوك عدواني ومعادى للمجتمع ، وتم إدخال طريقة تركز على وجود أو غياب السمات القاسية غير الانفعالية Callous Unemotional Traits بمعنى نقص الشعور بالذنب ونقص المشاركة الوجدانية ، والافتقار إلى التعبير الانفعالي أو عجز الاستجابة الانفعالية لدى الأطفال والمراهقين الذين لديهم مشكلات في المسلك ، وتفيد هذه السمات في فهم المسارات الإنمائية المتميزة لاضطراب السلوك الفوضوي .

المحاولات السابقة لعمل مجموعات فرعية من الأطفال والمراهقين :

١- الأنواع الفرعية القائمة على عمر بداية حدوث مشكلات المسلك :

ربما تكون بداية حدوث مشكلات المسلك التي تحدث في مرحلة الطفولة والمراهقة إحدى الطرق الشائعة الاستخدام بشكل كبير جداً لعمل مجموعة فرعية للأطفال والمراهقين المعادين للمجتمع الذين لديهم مشكلات أو انحراف حاد في المسلك ، وتم استخدام هذا التمييز لإجراء مفاضلة بين الأفراد الذين يبدأون في إظهار أعمال انحرافية أو مشكلات سلوكية حادة قبل بداية مرحلة المراهقة (أي الحدوث المبكر) ، والأفراد الذين يبدأون في إظهار أعمال انحرافية أو مشكلات سلوكية خطيرة تتزامن مع بداية مرحلة المراهقة (أي الحدوث المتأخر في مرحلة المراهقة) ، ولقد كان هناك عدد من المراجعات لإنتاج فكرى غزير

لدعم أو تأييد هذا التمييز (موفيت Moffitt ، ٢٠٠٦) ، والمجموعة التي تبدأ في إظهار المشكلات السلوكية في مرحلة الطفولة تظهر سلوكيات عدوانية في مرحلة الطفولة وفي مرحلة المراهقة ، ومن المحتمل بشكل كبير أيضاً أن تستمر في إظهار سلوك معادى للمجتمع وسلوك عدواني عند دخولهم مرحلة الرشد (موفيت وآخرون .Moffitt et al ، ٢٠٠٢) ، علاوة على ذلك فإن هذه المجموعة من المحتمل بدرجة أكبر أن تظهر أوجه عجز نفسي عصبي على سبيل المثال أوجه عجز في الأداء الوظيفي التنفيذي ، وأوجه عجز معرفية على سبيل المثال الذكاء المنخفض (راينى وآخرون .Raine et al ، ٢٠٠٢) ، كما يظهر هؤلاء الأطفال عوامل خطورة تتعلق بالجوانب المزاجية وبالشخصية مثل الاندفاعية ، وأوجه عجز في الانتباه، ومشكلات في التنظيم الانفعالي (ماك كابى وآخرون .Mc Cabe et al ، ٢٠٠١) .

وأوضحت نتائج البحوث أن هؤلاء الأطفال ينحدرون من عائلات بها مستويات مرتفعة فيما يتعلق بعدم الاستقرار الأسرى ، وتشهد المزيد من النزاعات الأسرية ، ويستخدم الوالدان في هذه الأسر استراتيجيات والدية أقل فاعلية (أجيولار وآخرون .,Aguilar et al ، ٢٠٠٠ ؛ ماك كابى وآخرون .McCabe et al ، ٢٠٠١ ؛ ودورد وآخرون .Woodward et al ، ٢٠٠٢) .

وبالتالي فإن الأطفال الذين في مجموعة بداية الحدوث في مرحلة الطفولة يظهرون نمط أكثر حدة ومزمن لسلوك معادى للمجتمع يرتبط بعوامل خطورة متعلقة بالطبع أو المزاج ويرتبط أيضاً بمشكلات في بيئاتهم الاجتماعية ، وعلى العكس فإن الأطفال الذين في مجموعة بداية الحدوث في مرحلة المراهقة

يظهرون مشكلات أكثر حدة تستمر خلال مرحلة المراهقة (موفيــت وآخــرون Moffitt et al. ، ٢٠٠٢ ؛ موفيت Moffitt ، ٢٠٠٦) .

كما أظهرت نتائج عدد من الدراسات أن أطفال مجموعة بداية الحدوث في مرحلة المراهقة يختلفون عن أطفال المجموعة الضابطة (التي لا يوجد لــديها مشكلات سلوكية) في عدد من السلوكيات التي تتسم بالعصيان أو التمرد والنبذ ، وبالتالي فإن أفراد هذه المجموعة يظهرون نمطاً أكثر حدة من تمرد المراهقين ، ومن المحتمل أن يستمر سلوكهم المعادى للمجتمع لما بعــد مرحلــة المراهقــة وتظهر لديهم أوجه ضعف تستمر في مرحلة الرشد. بسبب نتائج السلوك المعادى للمجتمع على سبيل المثال السجل الإجرامــي ، وتحــدى القــوانين والقواعــد المجتمعية ، وسوء استخدام المــادة (موفيــت وكاســبى Moffitt & Caspi ، ٢٠٠١) .

٢- الأنواع الفرعية القائمة على الحالة المرضية المشتركة :

يعانى الأطفال الذين لديهم اضطرابات السلوك الفوضوي عادة من أنــواع أخرى من المشكلات السلوكية والانفعالية أو النفسية ، وبعض المحاولات لعمــل نوع فرعى للأطفال الذين لديهم مشكلات المسلك قد اعتمدت على وجود حالات تحدث في آن واحد من أجل فصل المجموعات الفرعية الفريدة مــن نوعهــا ، وإحدى هذه المحاولات ركزت على تركيبة السلوكيات المتعلقة بــنقص الانتبــاه والاندفاع والنشاط الزائد والمرتبطــة بتــشخيص اضــطراب نقــص الانتبــاه المصحوب بالنشاط الزائد مع وجود مشكلات ملحوظة فــي المــسلك والــسلوك المعادى للمجتمع ، وغالبية البحوث أيدت هذا الأسلوب نظراً لأن الأطفال الذين

لديهم كلا النوعين من المشكلات السلوكية والانفعالية يظهرون نمطاً أكثر حـــدة وعدوانية لسلوك مضادي للمجتمع كما هو الحال مع الأطفال الذين لديهم مشكلات المسلك فقط (واسكبوش Waschbusch ، ٢٠٠٢) ، وبالإضافة إلى ذلك فـــإن الأطفال الذين لديهم اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ومشكلات المسلك يكون لديهم نتائج أسوأ مثل وجود معدلات عالية للانحراف في مرحلـــة المراهقة ومعدلات عالية فيما يتعلق بمرات القبض عليهم من جانـــب الـــشرطة وذلك في مرحلة الرشد ، ومع ذلك فالغالبية العظمى من الأطفال الـــذين لـــديهم اضطراب المسلك الذي يبدأ حدوثه في مرحلـــة الطفولـــة ، ولاســـيما الأطفـــال المحولين إلى العيادات يظهرون هذه الحالة المرضية المشتركة مـــع اضـــطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (مجدي الدسوقي ، ٢٠١٤ب) ونتيجـــة لذلك فإن هذه الطريقة لعمل أنواع فرعية لا تحدد مجموعـــة تتميز بدرجة شديدة عن المجموعة التي تم تحديدها بالعمر المبكر لبداية حدوث الاضطراب .

٣- الأنواع الفرعية القائمة على أنواع العدوان :

تتمثل الطريقة الأخرى لعمل أنواع فرعية للأطفال الذين لديهم مـــشكلات في المسلك في التمييز بين الأطفال الذين لديهم أشكال عدوانية وأشـــكال غيـــر عدوانية لمشكلات المسلك ، والدراسات الحديثة ركزت علـــى أنـــواع الـــسلوك العدواني التي يظهرها الطفل أو المراهق الذي لديه مشكلات في المسلك ، وعلى وجه الدقة والتحديد أظهرت نتائج البحوث وجود نوعين متميـــزين مـــن أنـــواع العدوان ، فيتميز العدوان الذي يحدث نتيجة لـــرد فعـــل أو العـــدوان التفـــاعلي Reactive Aggression باســـتجابات دفاعيـــة اندفاعيـــة لاســـتفزاز أو تهديـــد ويصاحبه دائماً عرض لتفاعل فسيولوجي مكثف ، وعلى العكس من ذلك فـــإن

العدوان الوسـيلي أو الإجرائـي Proactive or Instrumental Aggression لا يصاحبه استفزاز ويتم تعريفه على أنه عدوان يسعى إلى تحقيق هدف إجرائي يتم التخطيط له مسبقاً (دودج وبيتيت Dodge & Pettit ، ٢٠٠٣) .

والتحليلات الحديثة أوضحت أن هذين النوعين من العدوان يميلان إلى أن يرتبطا ببعضهما ارتباطاً كبيراً لدى الأطفال والمراهقين ، ورغم هذا الارتبـاط الكبير فإن التحليلات العاملية اقترحت أن هذين النوعين من أنواع العدوان يمكن فصلهما عن بعضهما (فريك وآخرون .Frick et al ، ٢٠١٣) .

وعلاوة على ذلك فإن هناك عدد من الدراسات تؤيد ارتباطـات مختلفـة لهذين النوعين من العدوان وذلك لدى عينات من الشباب ، فعلـى وجـه الدقـة والتحديد فإن العدوان الأدائي أو الوسيلي ارتبط ارتباطاً عالياً بالانحراف وسـوء استخدام المشروبات الكحولية ، بالإضافة إلى الإجرام في مرحلة الرشد ، وعلى العكس من ذلك فإن العدوان التفاعلي ارتبط بدرجة أكبر بمشكلات التوافق فـي المدرسة والنبذ من جانب الأقران (مونز وآخرون .Munoz et al ، ٢٠٠٨) .

كما ارتبط هذان النوعين للعدوان بسمات اجتماعية ومعرفيـة وانفعاليـة مختلفة ، فعلى وجه التحديد ارتبط العدوان التفاعلي بميل أو اتجاه إلى إيعـاز أو نسب النية العدائية إلى استفزازات خفية أو مبهمة من جانب الرفاق ، وصـعوبة تطوير حلول غير عدوانية للمشكلات في المواقف أو المجابهـات الاجتماعيـة (هوبارد وآخرون .Hubbard et al ، ٢٠٠١) ، بينما ارتبط العدوان الوسيلي أو الإجرائي بميل إلى المبالغة في تقدير النتـائج الإيجابيـة الممكنـة للـسلوك العدواني والتقليل في تقدير احتمال تلقى العقاب بسبب هذا السلوك ، وبالإضـافة

إلى ذلك فإن العدوان التفاعلي ارتبط بتفاعل فسيولوجي مرتفع تجاه الاستفزازات التي يمكن إدراكها (مونز وآخرون .Munoz et al ، ٢٠٠٨) ورغم الدليل الواضح لهذه الارتباطات الفارقة لنوعي العدوان فإن الفائدة المرجوة من هذا التمييز تثار عليها بعض علامات الاستفهام (ولترز Walters ، ٢٠٠٥) .

وأوضحت الدراسات التي أجريت في هذا الصدد بشكل متسق نموذجاً متميزاً للتداخل بين هذين النوعين للعدوان بمعنى أن هناك مجموعتين للأطفال العدوانيين المجموعة الأولى عدوانية بدرجة كبيرة وتظهر كلا النوعين للسلوك العدواني ، والمجموعة الثانية أقل عدوانية وتظهر فقط العدوان التفاعلي وبالتالي فمن الممكن أن الفروق أو الاختلافات بين هذين النوعين من أنواع العدوان ترجع بدرجة كبيرة إلى مجموعة العدوان الوسيلي أو الأدائي أو المتوقع .

٤- الأنواع الفرعية القائمة على الاضطراب النفسي (الحالة المرضية النفسية) :

تتمثل المحاولة الأخيرة في تعريف أو تحديد مجموعة فرعية من الأطفال والمراهقين الذين لديهم اضطرابات السلوك الفوضوي في الاعتماد على التاريخ الطويل للبحوث الكلينيكية التي توضح أن السمات المرضية النفسية Psychopathic Traits تميز مجموعة فرعية دالة من الأفراد المعاديين للمجتمع وهذه السمات المرضية النفسية لم تركز على السلوك المعادى للمجتمع لدى الأفراد ولكنها ركزت بدرجة أكبر على الوجدان (على سبيل المثال نقص المشاركة الوجدانية ، ونقص الشعور بالذنب ، والانفعالات الضحلة) ، وعلى الجوانب البينشخصية (على سبيل المثال التمركز حول الذات ، والتفاعل بقسوة

مع الآخرين من أجل الفائدة أو المصلحة الشخصية) والأهم من ذلك أن الأشخاص الكبار المعادين للمجتمع الذين يظهرون أيضاً الجوانب الوجدانية البينشخصية للحالة المرضية النفسية يظهرون نمطاً أكثر حدة وعنفاً واستمرارية لسلوك معادى للمجتمع (هارى ونيومان Hare & Neumann ، ٢٠٠٨) ويظهرون سمات وجدانية ومعرفية وعصبية مختلفة جداً بالمقارنة بالأفراد المعادين للمجتمع الذين لا توجد لديهم هذه السمات (باترك Patrick ، ٢٠٠٧) وخلال العقود الماضية كانت هناك محاولات متعددة ومتشابهة لاستخدام السمات الوجدانية والبينشخصية للحالة المرضية النفسية لتحديد مجموعة متميزة من الأطفال والمراهقين الذين لديهم اضطرابات السلوك الفوضوي ، ولتوضيح ذلك فإن الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث للاضطرابات النفسية The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association (١٩٨٠) ميز بين نوعين من اضطراب المسلك لدى الأطفال هما : اضطراب المسلك غير المتوافق اجتماعياً Unsocialized Conduct Disorder ، واضطراب المسلك المتوافق اجتماعياً Socialized Conduct Disorder ويتميز اضطراب المسلك غير المتوافق اجتماعياً بعدم القدرة على الانخراط المؤثر أو الفشل في تحقيق المشاركة الاجتماعية مع الأقران على الرغم من أن الصغار منهم قد يكون لهم علاقات سطحية مع الأطفال الصغار الآخرين ، وبصفة عامة فإن الطفل لا يقدم نفسه للآخرين ما لم يكن هناك نفع أو ميزة واضحة له ، ويتضح التمركز حول الذات Ego Centrism أو الأنانية في الاستعداد لاستغلال الآخرين للحصول على فوائد أو منافع منهم بدون بذل أى

مجهود ليعاملهم بالمثل ، فهناك بصفة عامة قلة الاهتمام بالآخرين وبمشاعرهم ورغباتهم وسلامتهم كما يتضح ذلك من خلال السلوك القاسي ، والغياب التام لتأنيب الضمير أو الشعور بالذنب ، ومثل هذا الطفل عادة يلقى اللوم على الآخرين .

والبحوث التي أجريت على هذا النوع الفرعي لاضطراب المسلك أيدت صدقه في أن المراهقين الذين تم تصنيفهم على أنهم غير متوافقين اجتماعياً وعدوانيين كان توافقهم رديء عندما تم إيداعهم مؤسسات رعاية الأحداث واستمروا في إظهار السلوك المعادى للمجتمع وهم في مرحلة الرشد وذلك عند مقارنتهم بالمراهقين الآخرين المعادين للمجتمع ، كما أظهروا العديد من الارتباطات النفسية العصبية لسلوكهم المعادى للمجتمع مثل المستويات المنخفضة للسيروتونين Serotonin ، وأوجه الشذوذ الذاتية الأخرى Autonomic Irregularities (فريك وآخرون .Frick et al ، ٢٠١٣) ، ورغم النتائج الواعدة لهذه الطريقة الخاصة بعمل أنواع فرعية للأطفال الذين لديهم الاضطراب كان هناك ارتباك كبير حول الملامح الرئيسية التي ينبغي أن تحدد المجموعة الفرعية غير الاجتماعية وتمييزها عن المجموعات الفرعية الأخرى للشباب المعادي للمجتمع ، وهذا الارتباك يرجع إلى مسألتين رئيسيتين هما :

المسألة الأولى : تتمثل في محاولة تجنب أو تفادى استخدام مصطلح الحالة المرضية النفسية Psychopathy تم استخدام مصطلح Undersocialized ولسوء الحظ فإن هذا المصطلح لا يصف بطريقة واضحة المعالم الوجدانية أو البينشخصية للحالة المرضية النفسية التي أدت إلى مفاهيم أخرى على سبيل المثال الطفل الذي لم يربيه أهله في حدود التنشئة

الاجتماعية الملائمة يكون غير قادر على تكوين مجموعات من الرفاق أو الأقران .

المسألة الثانية : أن التعريف الإجرائي الذي تم تقديمه في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث للاضطرابات النفسية للمجموعة الفرعية غير الاجتماعية قدم العديد من المؤشرات التي لا يمكن أن يقتنعوا أحد ، فلقد اشتملت القائمة أحد الأعراض التي تتعلق بشكل خاص بالأبعاد الوجدانية والبينشخصية للحالة المرضية النفسية (أي الشعور بالذنب أو تأنيب الضمير) بطريقة واضحة عندما يكون مثل هذا التفاعل ملائماً وليس فقط عندما يكون الشخص متلبساً بذلك أو يكون في موقف صعب ، وركزت الأعراض المرضية الأخرى على مؤشرات تختص بالتعلق الاجتماعي (على سبيل المثل لديه صداقة أو أكثر من صداقة مع مجموعة من الأقران استمرت لما يزيد على ست شهور ، ويتجنب اللوم أو الوشاية على رفاقه) والتي تم التيقن أو الإثبات على أنها مؤشرات يمكن الوثوق فيها أو الاعتماد عليها فيما يتعلق بالمعالم الوجدانية والبينشخصية للحالة المرضية النفسية (بيوركي وآخرون .Burke et al ، ٢٠٠٧) .

وكنتيجة لهذه المشكلات في تعريف اضطراب المسلك غير الاجتماعي فإن الطريقة الخاصة بتصنيف مجموعات فرعية للأطفال الذين لديهم اضطراب السلوك الفوضوي لم تستمر في الإصدارات اللاحقة للدليل ، ومع ذلك ففي السنوات القليلة الماضية ظهرت مجموعة من البحوث التي تحدد بوضوح كيف أن المعالم الهامة أو الرئيسية المرتبطة بالحالة المرضية النفسية قد يتم التعبير

عنها لدى الأطفال والمراهقين .

وتوضح الأهمية الكلينيكية لاستخدام هذه المعالم في تحديد أو تمييز مجموعة فرعية من الشباب المعادى للمجتمع ، وعلى وجه الدقة فإن هناك مجموعة فرعية من الأطفال والمراهقين المعادين للمجتمع الذين يُظهرون سمات قاسية (على سبيل المثل عدم المشاركة الوجدانية ، وغياب الشعور بالذنب) وسمات غير انفعالية (على سبيل المثال الاستجابات الضحلة فيما يتعلق بالانفعال والأسلوب البينشخصي) (فريك وآخرون .Frick et al ، ٢٠٠٣) .

وباستعراض البحوث المتاحة نجد أنه يصعب تقدير النسبة المئوية للشباب المعادى للمجتمع أو الشباب الذي لديه اضطراب المسلك والذي تكون لديه نسبة عالية فيما يتعلق بالسمات القاسية غير الانفعالية وهذه الصعوبة يرجع سببها إلى أن البحوث الحديثة استخدمت أدوات متعددة في التقدير لتمييز الأطفال والمراهقين الذين لديهم نسبة مرتفعة من السمات القاسية غير الانفعالية ، فعلى سبيل المثال ففي مؤسسات رعاية الأحداث وجد أن النسبة المئوية للمراهقين الذين لديهم سمات عالية فيما يتعلق بالسمات القاسية غير الانفعالية تراوحت من ١٣% : ٣٦% (كورادو وآخرون .Corrado et al ، ٢٠٠٤) وفي الأطفال الذين تم تحويلهم للعيادات ممن تتراوح أعمارهم الزمنية بين ٦ – ١٣ سنة والذين لديهم تشخيص يفيد بوجود السلوك الفوضوي وجد أن ما يقرب من ٣٥% لديهم مستويات عالية من السمات القاسية غير الانفعالية ، وفي العينة الممثلة على المستوى القومي للأشخاص الذين تتراوح أعمارهم من ٥ – ١٦ عاماً وجد أن ٤٦% من الأطفال والمراهقين الذين لديهم اضطراب المسلك كان لديهم أيضاً

معدلات عالية فيما يتعلق بالسمات القاسية غيـر الانفعاليـة (روى وآخـرون Rowe et al. ، ٢٠٠٩) ، وبالتالي يمكن استنتاج وجود نسبة تتـراوح مـن ١٣% : ٤٦% من الشباب المعادى للمجتمع أو الشباب الذي لديـه اضـطراب المسلك تظهر معدلات مرتفعة من السمات القاسـية غيـر الانفعاليـة (فريـك وآخرون Frick et al. ، ٢٠١٣) .

استقرار السمات القاسية غير الانفعالية لدى الأطفال والمراهقين :

تتوافر بيانات كثيرة توحي بأن السمات القاسية غيـر الانفعاليـة تكـون مسـتقرة إلى حد ما في الفترة من مرحلة الطفولة المتأخرة إلى مرحلة المراهقة المبكرة (فريك وآخرون Frick et al. ، ٢٠٠٣ ؛ مـونز وفريـك Munoz & Frick ، ٢٠٠٧ ؛ أوبرادوفك وآخـرون Obradovic et al. ، ٢٠٠٧) فعلـى سبيل المثال توصل فريك وآخرون Frick et al (٢٠٠٣) إلى تقدير للثبات أو الاستقرار وصل إلى ٠,٧١ خلال أربع سنوات لتقديرات الوالدين للسمات القاسية غير الانفعالية لدى عينة من الأطفال متوسط أعمارهم الزمنية ١٠,٦ سنة عنـد التقدير المبدئي ، وهذا المستوى للاستقرار أو الثبات يعتبر أعلى مما هو مذكور بالنسبة لتقديرات الوالدين لجوانب أخرى للتوافق عند الأطفال ، وفيمـا يتعلـق بالأطفال الأصغر سناً وجد دادس وآخرون Dadds et al. (٢٠٠٥) تقـديرات معتدلة للثبات خلال سنة بالنسبة للسـمات القاسية غير الانفعـالية التي ذكرهـا الوالدان حيث وصل معامل الثبات إلى ٠,٠٥٥ وذلك لدى عينة مجتمعية لأطفال استراليين ممن تتراوح أعمارهم الزمنية من ٤ - ٩ سنوات ، كما اهتمت بعض الدراسات بمقارنة استقرار هذه السمات عبر طرق مختلفة للتقدير ، فعلى سـبيل المثال ذكر أوبرادوفيك وآخرون Obradovic et al. (٢٠٠٧) وجود معـدلات

عالية نسبياً للثبات بالنسبة لتقارير الوالدين للسمات القاسية غير الانفعالية ؛ حيث بلغ معامل الثبات أو الاستقرار ٠,٥٠ خلال فترة زمنية امتدت لتسع سنوات ، وكان هناك مستويات أكثر انخفاضاً ولكنها كانت دالة إحصائياً بالنسبة لتقديرات المعلمين والتي وصل معامل الثبات الخاص بها إلى ٠,٢٧ وذلك لدى عينة من الأطفال الذين يبلغون من العمر ثمان سنوات عند التقدير الأولي أو المبدئي ، وتوصل مونز وفريك Munoz & Frick (٢٠٠٧) إلى أن ثبات التقديرات الذاتية للوالدين والشباب للسمات القاسية غير الانفعالية لدى عينة من المراهقين الصغار الذين يبلغون من العمر ١٣,٤ عاماً وصل إلى ٠,٧١ ، ومعامل ثبات متوسط ولكنه دال إحصائياً بالنسبة للتقديرات المذكورة في التقارير الذاتية ؛ حيث وصل معامل الثبات إلى ٠,٤٨ .

وتوصل عدد كبير من الباحثين إلى أن هذه السمات مستقرة أو ثابتة إلى حد ما من مرحلة المراهقة إلى مرحلة الرشد (بلونجين وآخرون Blonigen et al. ، ٢٠٠٦ ؛ لونى وآخرون Loney et al. ، ٢٠٠٧ ؛ فورسمان وآخرون Forsman et al. ، ٢٠٠٨) فعلى سبيل المثال ذكر فورسمان وآخرون Forsman et al. (٢٠٠٨) أن السمات القاسية غير الانفعالية كانت مستقرة نسبياً لدى الأولاد (معامل الثبات = ٠,٤٣) والبنات (معامل الثبات = ٠,٥٤) في الفترة العمرية من ١٦ – ١٩ سنة ، وذكر بلونجين وآخرون Blonigen et al. (٢٠٠٦) أن هذه السمات كانت ثابتة نسبياً من مرحلة المراهقة المبكرة إلى مرحلة الرشد المبكر أي في الفترة الزمنية من ١٧ عاماً إلى ٢٤ عاماً ؛ حيث وصل معامل الثبات والاستقرار إلى ٠,٦٠ ، علاوة على ذلك ذكر لونى وآخرون Loney et al. (٢٠٠٧) أن التقارير الذاتية المتعلقة بالسمات القاسية

غير الانفعالية لدى المراهقين الذين تتراوح أعمارهم الزمنية من ١٦ – ١٨ عاماً كانت مستقرة ؛ حيث وصل معامل الثبات إلى ٠,٤٠ خلال فترة متابعة استمرت لمدة ست سنوات .

كما تناولت دراسة بوركي وآخرون .Burke et al (٢٠٠٧) ، ودراسة لينام وآخرون .Lynam et al (٢٠٠٧) الثبات الطويل الأمد للسمات القاسية غير الانفعالية من مرحلة الطفولة حتى مرحلة الرشد وتوصلا إلى أن السمات القاسية غير الانفعالية في مرحلة الطفولة ارتبطت ارتباطاً دالاً بمقاييس السمات السيكوباتية في مرحلة الرشد وذلك على الرغم من التحكم في مشكلات المسلك ، وعوامل الخطورة بالنسبة للسلوك المعادى للمجتمع ، والأهم من ذلك أن لينام وآخرون .Lynam et al (٢٠٠٧) أوضحوا أن الارتباط خلال الفترة الزمنية من عمر ١٣ سنة إلى عمر ٢٤ سنة أي خلال إحدى عشر عاماً بين السمات القاسية غير الانفعالية والحالة المرضية النفسية وصل إلى ٠,٣١ ، وتوحي نتائج هذه الدراسات أن ثبات السمات القاسية غير الانفعالية يعتبر مشابهاً لما تم إيجاده تماماً بالنسبة لسمات الشخصية لدى أفراد هذه المرحلة العمرية (روبرتس وديل فيكشيو Roberts & DelVecchio ، ٢٠٠٠) ، ومع ذلك فإن هذه النتائج توحي بشكل واضح أن السمات القاسية غير الانفعالية لا تتغير ، ولتوضح ذلك ذكر لينام وآخرون .Lynam et al (٢٠٠٧) أن الأطفال ذوى المستويات المرتفعة للسمات القاسية غير الانفعالية أظهروا أيضاً مستويات مرتفعة على مقياس الحالة المرضية النفسية بعد مرور احد عشر عاماً ، ومع ذلك كان هناك نسبة تصل إلى ٢١% فقط من الأطفال ذوى المستويات المرتفعة للسمات القاسية غير الانفعالية أحرزوا درجات مرتفعة على مقياس الحالة المرضية النفسية في عمر ١٤ عاماً

ومن ثم فإن السمات القاسية غير الانفعالية في مرحلة الطفولة كانت عامل خطورة بشكل واضح لإظهار مستويات عالية لسمات سيكوباثية (نفس مرضية) في مرحلة الرشد ، وعلى الرغم من ذلك وجد أن عدد كبير من الأولاد أو الأطفال أظهروا انخفاضاً في السمات القاسية غير الانفعالية عبر الوقت .

قابلية السمات القاسية غير الانفعالية للعلاج من السلوك المعادى للمجتمع :

أوضحت نتائج عديد من الدراسات أن السمات القاسية غير الانفعالية تتبئ بحدوث نمط من السلوك الأكثر حدة وعدوانية لدى الشباب المعادى للمجتمع ؛ فأوضحت نتائج دراسة فريك وديكنز Frick & Dickens (٢٠٠٦) وجود ارتباط بين السمات القاسية غير الانفعالية والسلوك العدواني المعادى للمجتمع أو المنحرف ، كما قام فريك ووايت Frick & White (٢٠٠٨) بمراجعة مجموعة من الدراسات الارتباطية والطولية (ثمان دراسات ارتباطيه ، وثلاث طولية) التي تشتمل على عينات تتراوح أعمارها الزمنية بين ٤ - ٢٠ سنة ، وتوصلا إلى وجود ارتباط بين السمات القاسية غير الانفعالية وحدة أو شدة السلوك المعادى للمجتمع ، وأن الأطفال والمراهقين الذين لديهم السمات القاسية غير الانفعالية يظهرون نمطاً أكثر حدة وانتشاراً للسلوك العدواني .

وقام فريك وديكنز Frick & Dickens (٢٠٠٦) بمراجعة خمس دراسات أوضحت نتائجها أن السمات القاسية غير الانفعالية ارتبطت بنتائج رديئة جداً للعلاج ، وذلك لدى عينات من الشباب الذين لديهم سلوك معادى للمجتمع ، ومع ذلك فإن العديد من الدراسات الحديثة جداً توحي بأن الأطفال الذين لديهم سمات قاسية غير الانفعالية قد يكون من الصعب علاجهم على الرغم من أن بعض العلاجات لها فاعلية عالية ، وأوضح فريك وآخرون .Frick et al

(٢٠١٣) أن الأطفال الذين تم تحويلهم للعيادات ممن تتراوح أعمارهم الزمنية من ٤ – ٩ سنوات والذين كان لديهم مشكلات في المسلك إلى جانب السمات القاسية غير الانفعالية كانوا أقل استجابة للتدخل الوالدي مقارنة بالأطفال الذين كان لديهم مشكلات في المسلك ، بينما الأطفال الذين لديهم سمات منخفضة فيما يتعلق بالسمات القاسية غير الانفعالية يستجيبون بدرجة متساوية للجزء الأول من التدخل الذي يركز على تعليم الوالدين الطرق الخاصة باستخدام التعزيز الإيجابي من أجل تشجيع السلوك الذي يحبذه المجتمع ، وعلى العكس فإن المجموعة التي لا يوجد لديها سمات قاسية غير انفعالية هي فقط التي أظهرت تحسناً إضافياً في الجزء الثاني للتدخل الذي يركز على تعليم الوالدين المزيد من استراتيجيات التدخل الفعال ، وتوصل واسكبوش وآخرون .Waschbusch et al (٢٠٠٧) إلى أن الأطفال الذين تتراوح أعمارهم الزمنية من ٧ – ١٢ سنة والذين لديهم مشكلات في المسلك والسمات القاسية غير الانفعالية استجابوا بدرجة أقل للعلاج السلوكي وحده مقارنة بالأطفال الذين لديهم مشكلات في المسلك ولا توجد لديهم السمات القاسية غير الانفعالية ، ومع ذلك فإن الأطفال أظهروا تحسناً ملحوظاً عندما تم استخدام العلاج الدوائي متمثلاً في الأدوية المنبهة إلى جانب العلاج السلوكي ، كذلك أوضح كالدويل وآخرون .Caldwell et al (٢٠٠٦) أن المراهقين معتادي الإجرام الذين لديهم السمات القاسية غير الانفعالية تحسنوا عندما تم علاجهم باستخدام برنامج علاجي مكثف استخدم المكافأة أو الإثابة التي تستهدف المصالح الذاتية للمراهق ، وتعليم طرق ومهارات المشاركة الوجدانية ، كما أوضحوا أن المراهقين المجرمين الذين لديهم نسبة عالية من هذه السمات والذين تلقوا العلاج المكثف كانوا أقل احتمالاً في أن يعودوا إلى الإجرام وذلك في فترة المتابعة التي استمرت لمدة عامين .

السمات القاسية غير الانفعالية والأسلوب الوالدي :

تحدد السمات القاسية غير الانفعالية مجموعة هامة من الناحية الكلينيكية وذلك فيما يتعلق بالشباب المعادى للمجتمع استناداً إلى الطبيعة الحادة والثابتة والعدوانية لسلوكهم ، ومع ذلك توضح البحوث أن الأطفال والمراهقين الذين لديهم مشكلات حادة في المسلك والذين يظهرون مستويات عالية للسمات القاسية غير الانفعالية يظهرون عدداً من السمات المتميزة التي تعكس عمليات سببية فارقة ، فعلى سبيل المثال فإن الفشل في التنشئة الاجتماعية من جانب الوالدين يعتبر مكوناً محورياً لنظريات كثيرة تم تطويرها لشرح سير أو تطور مشكلات المسلك ، وعلاوة على ذلك فإن الاستراتيجيات الوالدية غير الفعالة ترتبط بتطور السلوك المعادى للمجتمع ، وهذا ما توصلت إليه نتائج دراسات متعددة أجريت في هذا الصدد ، ومع ذلك فإن الارتباط بين مشكلات المسلك والممارسات الوالدية غير الفعالة يكون مختلفاً بالنسبة للأفراد الذين لديهم والأفراد الذين ليس لديهم السمات القاسية غير الانفعالية ، وأوضحت نتائج الدراسة التي قام بها وتون وآخرون .Wootton et al (١٩٩٧) على مجموعة من الأطفال المحولين للعيادات والذين تتراوح أعمارهم الزمنية بين ٦ - ١٣ سنة أن الممارسات الوالدية غير السليمة التي تتمثل في : الاشتراك المنخفض من جانب الوالدين ، والفشل في استخدام التعزيز الايجابي ، والمراقبة الرديئة ، والإشراف السيء ، والتأديب غير المنسق ، واستخدام العقاب البدني ارتبطت إيجابياً بمشكلات المسلك لدى الأطفال الذين لا توجد لديهم السمات القاسية غير الانفعالية ، ولم ترتبط بمشكلات المسلك لدى الأطفال الذين توجد لديهم نسبة عالية من السمات القاسية غير الانفعالية ، وتكررت هذه النتائج لدى عينات من أطفال المدارس

المقيدين بالصفين الثالث والرابع الابتدائي غير المحولين للعيادات (أوكسفورد وآخرون .Oxford et al ، ٢٠٠٣) وكذلك لدى الفتيات اللاتي لديهن نسبة خطورة عالية ممن تتراوح أعمارهن الزمنية من ٧ – ٨ سنوات (هيبويل وآخرون .Hipwell et al ، ٢٠٠٧) ، ولدى الأحداث الجانحين في مرحلة المراهقة (إيدنز وآخرون .Edens et al ، ٢٠٠٨) .

وبالتالي يمكن القول أن مشكلات المسلك ترتبط ارتباطاً قوياً بمعظم الممارسات الوالدية غير الفعالة في غياب السمات القاسية غير الانفعالية ، ورغم ذلك فمن المهم أن نلاحظ أن هذه النتائج لا ينبغي تفسيرها لاقتراح أن الأبعاد الوالدية الأخرى أو العوامل الأخرى داخل السياق الأسرى قد لا ترتبط بمشكلات المسلك لدى الشباب الذي لديه مستوى عالٍ من السمات القاسية غير الانفعالية ، ومن الممكن أن الأبعاد الوالدية في التنشئة التي تمت دراستها ترتبط بدرجة أقل بمشكلات المسلك لدى الشباب الذي لديه السمات القاسية غير الانفعالية ، ولكن الأبعاد الأخرى للأسلوب الوالدي على سبيل المثال العلاقة بين الوالدين والطفل يمكن أن يكون لها دور مهم في تطوير واستمرار مشكلات المسلك لدى هؤلاء الشباب (لينام وآخرون .Lynam et al ، ٢٠٠٨) ، وعلاوة على ذلك فإن نتائج الدراسات السابقة لم تتوصل إلى أن ممارسة التنشئة الاجتماعية من جانب الوالدين تؤثر على ثبات السمات القاسية غير الانفعالية ؛ لذلك أوضح فريك وآخرون .Frick et al (٢٠٠٣) أن ممارسات التنشئة الاجتماعية الأكثر فاعلية من جانب الوالدين ارتبطت بانخفاض مستوى السمات القاسية غير الانفعالية لدى الأطفال خلال فترة دراسة امتدت لأربع سنوات .

السمات القاسية غير الانفعالية والشخصية :

يظهر الأطفال الذين يوجد لديهم السمات القاسية غير الانفعالية ومشكلات المسلك سمات أو خصائص مميزة للشخصية بالمقارنة بالأفراد الذين لا يوجد لديهم مثل هذه السمات، فعلى سبيل المثال فإن الأطفال الذين لديهم السمات القاسية غير الانفعالية يظهرون درجات مرتفعة على المقاييس التي تقيس سلوكيات عدم الخوف أو البحث عن الإثارة (إسـاو وآخرون .Essau et al ، ٢٠٠٦ ؛ باردينى Pardini ، ٢٠٠٦) ، كما ارتبطت السمات القاسية غير الانفعالية بطريقة سلبية بكل من مقاييس سمة القلق ، والعصابية Neuroticism (لينام وآخرون .Lynam et al ، ٢٠٠٥ ؛ باردينى وآخرون .Pardini et al ، ٢٠٠٧) ، كما أظهرت نتائج عدد من الدراسات أن الارتباط السلبي بين مقاييس السمات القاسية غير الانفعالية وسمات القلق والعصابية يوجد فقط بصفة عامة لدى الأفراد الذين يعانون من مشكلات المسلك (لينام وآخرون .Lynam et al ، ٢٠٠٥ ؛ إيساو وآخرون .Essau et al ، ٢٠٠٦ ؛ باردينى وآخرون Pardini et al. ، ٢٠٠٧) ، وهكذا يتضح أن الأطفال الذين لديهم السمات القاسية غير الانفعالية يميلون إلى إظهار مستوى منخفض في سمات القلق نظراً لتفشى مشكلات المسلك لديهم ، كما أن هؤلاء الأطفال يكون مستوى الكرب لديهم أقل من جراء مشكلاتهم السلوكية المستمرة .

النماذج الإنمائية للسمات القاسية غير الانفعالية :

توجد مجموعة من البحوث التي توضح عدد من العوامل الاجتماعية ، والشخصية ، والنفسية ، والمعرفية ، والعصبية التي تفرق أو تفاضل بين الشباب الذي لديه والذي ليس لديه سمات قاسية غير انفعالية ، وبالتالي فمن المهم أن

تقوم العوامل السببية للسلوك المعادى للمجتمع والعدواني بالنظر إلى العمليـــات الإنمائية الداخلة في تعليل أو بيان سبب هذه السمات أو سبب السلوك المعـــادى للمجتمع والعدواني الذي يظهره الشباب الذي لديه هذه السمات ، وعلاوة علـــى ذلك فإن هذه البحوث في حاجة إلى دمج البحوث التي تتناول التطور الطبيعـــي للمشاركة الوجدانية ، والشعور بالذنب ، والجوانب الأخرى للضمير مع البحوث التي تدور حول سمات أو خصائص الشباب المعادى للمجتمع الـــذين يُظهـــرون السمات القاسية غير الانفعالية ، فعلى سبيل المثال فإن الكثير مـــن خـــصائص الأطفال الذين لديهم السمات القاسية غير الانفعالية تشبه إلى حد كبير مـــزاج أو طبع تم وصفة على أنه غير مثبط أو جسور أو مقـــدام Uninhibited (فريـــك وموريس Frick & Morris ، ٢٠٠٤) ، وعلى وجه الدقة فإن الأطفـــال غيـــر المثبطين يميلون إلى البحث عن أنشطة جديدة وخطيـــرة ، ويظهـــرون إثـــارة فسيولوجية لتهديدات العقاب ، ويحرزون درجات منخفضة على مقاييس تطور أو نمو الضمير (فريك وآخرون .Frick et al ، ٢٠١٣) .

واستناداً إلى هذه النتائج تم تطوير عدد من النظريات لشرح الارتباط بين المزاج غير المثبط وأوجه الضعف في نمو الضمير فعلى سبيل المثال اقترحـــت كوشانسكا Kochanska (١٩٩٣) أن القلق والإثارة التي تدل على الـــضيق أو عدم الارتياح التي تلي ارتكاب الخطأ والعقاب تعتبر جزء لا يتجزأ في تطـــوير نظام داخلي يعمل لكف السلوك السيئ في غياب عامل العقـــاب ، واقترحـــت أن الأطفال غير المثبطين من الناحية السلوكية قد لا يجربون هذا القلق الناتج عـــن الانحراف الذي يمكن أن يعوق نمو الضمير ، واقترح دادس وسالمون Dadds & Salmon (٢٠٠٣) نموذجاً مشابهاً يركز على استجابة الطفـــل لمحـــاولات

التنشئة الاجتماعية من جانب الوالدين ، وعلى وجه الخصوص حساسيتهم للعقاب وتأييداً لهذه النماذج النظرية ذكر بـــارديني Pardini (٢٠٠٦) أن الـــدرجات الخاصة بمقياس الجسارة أو عدم الخـــوف Fearlessness ارتبطـــت بمقيـــاس السمات القاسية غير الانفعالية ولكن هذا الارتباط توسطه مقياس عدم الحساسية للعقاب .

واقترح بلاير وآخرون .Blair et al (١٩٩٥) نموذجاً نظيـــراً يركـــز بدرجة كبيرة على تطوير الاهتمام المتعلق بالمشاركة الوجدانية استجابة للمحنـــة أو الكرب عند الآخرين ، واقترحوا أن البشر مستعدين من الناحيـــة البيولوجيـــة للاستجابة إلى مفاتيح أو دلائل الكرب عند الآخرين، وهذه الاستجابة الانفعاليـــة السلبية تنمو قبل أن يكون الطفل قادراً من الناحية المعرفية أن يتخـــذ منظـــور الآخرين على سبيل المثال عندما يصبح الطفل مكتئباً أو متضايقاً استجابة أو رداً على صراخ أو بكاء طفل آخر ، وطبقاً لهذا النموذج فإن الاستجابات الانفعاليـــة السلبية لمحنة الآخرين تصبح مشروطة بالسلوكيات التي أدت إلـــى المحنـــة أو الكرب عند الآخرين ، ومن خلال عملية الاشتراط يتعلم الطفل أن يكف عن هذه السلوكيات كطريقة لتجنب هذه الإثارة النفسية ، والأطفال الذين لديهم مـــزاج أو طبع غير مثبط من الناحية السلوكية قد لا يجربون أو لا يمرون بهـــذه الإثـــارة السلبية وكنتيجة لذلك لا يجربون هذا الاشتراط ، أو هذا الارتباط الشرطي .

وهذه النماذج التي تركز على تطور أو نمو الضمير تعتبر هامة لأنها تمهد الطريق للتدخلات الوقائية المبكرة التي يمكن أن تستهدف الأطفال الذين يكونون في خطورة من جراء المشكلات المتعلقة بالطبع أو المزاج لـــديهم ولكـــنهم لـــم يظهروا مشكلات سلوكية خطيرة ، ومع ذلك فلتوجيه هذه التدخلات من المهم أن

ننظر إلى ما قد يتوسط الارتباط بين الخطـورة المتعلقـة بـالطبع والمـشاركة الخاصة بنمو الضمير ، فعلـى سـبيل المثـال اقتـرح كوشانـسكا ومـوراى Kochanska & Murray (٢٠٠٠) أن العلاقة بين الطفل والوالدين ولاسـيما الاستجابة تجاه بعضهما البعض قد تكون هامة جداً أو بمعنى آخر قد تكون مكوناً للتنشئة الاجتماعية ذو أهمية كبيرة بالنسبة للأطفال غير المثبطين ، وهذا الجانب للأسلوب الوالدي يركز على الصفات الإيجابية للعلاقة بـين الوالـدين والطفـل وتأييداً لهذا الاقتراح فإن التعلق أو الارتباط يكون منبئاً بنمـو الـضمير عنـد الأطفال الذين لديهم طبع جسور .

خلاصة القول فإن هذا النموذج يوضح أن المشكلات المتعلقة بنمو الضمير تؤدى إلى السلوك المعادى للمجتمع عند الأطفال الذين لديهم السمات القاسية غير الانفعالية ، والخطورة المتعلقة بالنسبة للمشكلات المتعلقة بنمو الضمير تتبع من مزاج أو طبع جسور لا يبالى بالخوف وليس لديه كف أو منع وهذا يجعل الطفل أكثر صعوبة فيما يتعلق بالتنشئة الاجتماعية ويمكن أن يؤثر ذلك بطريقة سـلبية على التجربة الأولية للمشاركة الوجدانية ، ومع ذلك فإن الأسلوب الوالدي القوى الأكثر توافقاً أو اتساقاً ، والعلاقة الإيجابية بين الوالدين والطفل يمكن أن تساعد الطفل الذي لديه مثل هذا المزاج أو الطبع في التغلب على هذه الخطورة وتطوير مستويات صحية بدرجة أكبر للشعور بالذنب والمشاركة الوجدانية .

النماذج الإنمائية للأطفال الذين لديهم مشكلات المسلك المبكرة الحدوث :

يتضح مما سبق أن الأطفال الذين لديهم السمات القاسية غيـر الانفعاليـة يمثلون فقط مجموعة فرعية واحـدة للأطفـال والمـراهقين الـذين يظهـرون

اضطرابات السلوك الفوضوي ، وبالتالي فإن النموذج الإنمائي الذي تم عرضه سابقاً قد لا يكون مقيداً لشرح العمليات المتضمنة في تقليل سبب الاضطراب عند الأطفال الذين لديهم مشكلات المسلك التي يبدأ حدوثها في مرحلة الطفولة ، ومع ذلك فإن البحوث التي فصلت الأفراد الذين لديهم سمات المسلك عن الشباب المعادى للمجتمع والذي يحدث لهم ذلك في بداية مبكرة وثقست العديد من الخصائص التي يتسم بها الأفراد الذين لا يوجد لديهم السمات القاسية غير الانفعالية والتي يمكن أن تساعد في تطور النماذج السببية لشرح سلوكهم العدواني والمعادى للمجتمع ، وعلى وجه الدقة فإن الشباب الذي يوجد لديه السمات القاسية غير الانفعالية يظهرون غالباً معدلات عالية فيما يتعلق بالقلق ، ولا يظهرون مشكلات في المشاركة الوجدانية والشعور بالذنب ويتكدرون بتأثيرات أو نتائج سلوكهم على الآخرين ، وبالتالي فإن السلوك المعادى للمجتمع عند هذه المجموعة لا يتم توضيحه بسهولة عن طريق أوجه العجز في نمو الضمير الذي يكون هام جداً لشرح مشكلات المسلك عند الأطفال الذين لديهم السمات القاسية غير الانفعالية ، ويرى فريك وآخرون Frick et al. (٢٠٠٣) أن الشباب الذي لديه مشكلات حادة في المسلك بدون وجود السمات القاسية غير الانفعالية يُظهر مستويات عالية فيما يتعلق بالاندفاعية ، وتحيز للصفة العدوانية في المواقف الاجتماعية ، ويضيف إيدنز وآخرون Edens et al. (٢٠٠٨) أنه من المحتمل بدرجة كبيرة أن هؤلاء الشباب ينحدرون من عائلات بها معدلات عالية للممارسات الوالدية المختلة أو غير الفعالة ، وبالإضافة إلى ذلك فإن هذه المجموعة التي لا توجد لديها السمات القاسية غير الانفعالية يكون من المحتمل بدرجة أقل أن يكونوا عدوانيين ، وعندما يكونوا عدوانيين فإن عدوانهم يقتصر

على الأشكال التفاعلية للعدوان . ويـضيف مونـوز وآخـرون .Munoz et al (٢٠٠٨) أن هذه المجموعة تكون تفاعلية بدرجة كبيرة للمثيـرات الانفعاليـة ولمحنة أو كرب الآخرين .

ونظراً لهذه الخصائص يبدو أن الأطفال الذين لا يوجـد لـديهم الـسمات القاسية غير الانفعالية يمكن أن يكون لديهم أوجه عجز في التنظيم المعرفـي أو التنظيم الانفعالي لسلوكهم ، وعلى وجه الدقة فإن أوجه العجـز فـي القـدرات اللفظية بالإضافة إلى تجارب التنشئة الاجتماعية غير الكافية يمكن أن تؤدى إلى وجود مشكلات في التحكم التنفيذي لسلوكهم مثل عدم القدرة على توقع النتائج أو العواقب السلبية للسلوك أو عدم القدرة على إرجاء أو تأخير الإشباع .

ويرى فريك Frick (٢٠٠٦) أن الخصائص المعرفيـة (علـى سـبيل المثـال التحيـزات الإسـنادية العدائيـة Hostile Attribution Biases) ، والخصائص الانفعالية (على سبيل المثال التفاعل القوى للمثيـرات الـسلبية) يرتبطان بتجارب التنشئة الاجتماعية غير الكافية وتؤدى إلى مشكلات في التنظيم الانفعالي التي تؤدى بدورها إلى أن يرتكب الطفل أعمالاً عدوانية واندفاعية غير مخطط لها ، وأعمالاً معادية للمجتمع قد يندم على ارتكابها فيما بعد .

وهكذا يتضح من خلال العرض السابق أن وجود أو غياب السمات القاسية غير الانفعالية يبدو أنه متغير هام من أجل التمييز أو التحديد بدقـة للمـسارات الهامة في تطور اضطرابات السلوك الفوضوي التي تتضمن عدد مـن عوامـل الخطورة الاجتماعية المختلفة والانفعالية أو النفسية ، والمعرفية ، وهذه النماذج النظرية تحدد الطريق إلى الاتجاهات المحتملة الهامة بالنسبة للبحوث المستقبلية ،

فعلى سبيل المثال فإن المكون الرئيس أو الهام للنماذج الإنمائية التي تم عرضها ترتبط بأمزجة مختلفة (على سبيل المثال تعدم الخوف ، والكف السلوكي المنخفض ، والمستويات العالية للتفاعل الانفعالي) وهذا يمكن أن يضع الطفل في خطورة من جراء إظهار سلوك معادى للمجتمع وعدواني حاد ، ومع ذلك فإن الغالبية العظمى من البحوث ركزت على الأطفال والمراهقين الذين يظهرون بالفعل سلوكيات فوضوية ، ونتيجة لذلك سيكون من المهم جداً للبحوث المستقبلية أن تقوم بدراسة الأطفال الذين لديهم خطورة مزاجية مفترضة وذلك في وقت مبكر من حياتهم من أجل تحديد إلى أي مدى يمكن التنبؤ فيما بعد بوجود السمات القاسية غير الانفعالية والسلوك الحاد المعادى للمجتمع ، ومثل هذه البحوث المتوقعة ليست هامة فقط من أجل تقديم اختبارات قوية للفائدة التنبؤية للنموذج الإنمائي ، ولكنها يمكن أن تساعد أيضاً في الكشف عن عوامل وقائية أخرى يمكن أن تقلل من الاحتمال بأن الطفل الذي لديه عامل خطورة يتعلق بالمزاج أو الطبع سيظهر مشكلات حادة فيما يتعلق بالسلوك الفوضوي .

الفصل السابع

الفصل السابع

تصنيف اضطرابات السلوك الفوضوي

مقدمة :

يقدم الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM-IV) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام ١٩٩٤ نظاماً لتصنيف اضطرابات السلوك الفوضوي يعد هو الأوسع استخداماً للأعراض الكلينيكية التي تتناول الاضطراب النفسي للطفل والمراهق مقارنة بالإصدارات السابقة من هذا الدليل .

نظرة حول تطور الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية :

تضمن الجزء الخاص بنمو أو تطور اضطرابات السلوك الفوضوي نفس المبادئ الإرشادية المتبعة في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع بأكمله ، وتضمنت هذه الخطوط الإرشادية ما يلي :

١- عرض التغيرات المقترحة من الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل (DSM-III-R) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام ١٩٨٧ لمراجعات عملية بدلاً من الاعتماد بشكل أساسي أو وحيد على آراء الخبراء أو إجماع الآراء .

٢- وضع معايير جديدة لزيادة التماثل بقدر الإمكان مع النظم التشخيصية الأخرى .

وتم استخدام النتائج المستمدة من التجارب الميدانية لوضع الصورة النهائية للمعايير الإجرائية أو قوائم الأعراض المرضية لاضطرابات السلوك الفوضوي ، كما تم وضع عتبات Thresholds لعدد الأعراض المرضية اللازمة للتشخيص ، ولتحديد المعايير الخاصة بمدة أو فترة الأعراض

المرضية ولتضمين الانتشار وعمر بداية حدوث الأعراض المرضية المتعلقة باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (ADHD) ، ولاختبار طريقة لعمل أنواع فرعية لاضطراب المسلك (CD) (كواي Quay ، ١٩٩٩) ، ويرجع تاريخ البحوث العلمية في تصنيف الاضطرابات السلوكية في مرحلتي الطفولة والمراهقة إلى ستين عاماً على الأقل ، وهذه الدراسات أصبحت متقدمة بدرجة كبيرة جداً وخاصة عندما قامت الحاسبات الإلكترونية بعمل التحليل العاملي ، والأنواع الأخرى من التحليلات الإحصائية المعقدة لأعداد كبيرة من المتغيرات وكذلك أعداد كبيرة من الحالات .

ومما يجب الإشارة إليه أنه قبل الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل الصادر عام ٢٠٠٠ ، كان هناك الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام ١٩٩٤ ، والدليل التشخيصي الثالث المنقح أو المعدل الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام ١٩٨٧ ، والدليل التشخيصي والإحصائي الثالث الصادر عام ١٩٦٨ ، ومع ذلك بلغت التغييرات التي حدثت بشأن اضطراب السلوك الفوضوي أوجهاً أو ذروتها في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية .

اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد :

يتضمن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، ضعف الانتباه وفرط النشاط الحركي ، والاندفاعية ، وكل مكون من المكونات الثلاثة يتم تحديده على ضوء معايير سلوكية محددة ، فعدم القدرة على الانتباه أو السهو تظهر في الانتباه الردئ (الاهتمام بالدوافع المشتتة وتجاهل الدوافع المتعلقة بالموضوع) ، وعدم القدرة على الانتباه المستمر إلى جانب السلوكيات التي تتمثل في الإهمال والنسيان عند أداء الأنشطة اليومية ،

والأطفال غير المنتبهين يفقدون ممتلكاتهم في أغلب الأوقـات ، ويكونـون مشتتي الذهن ، ولا يستطيعون إتباع التعليمات ، ويكون لديهم صعوبة فـي تنظيم أو أداء المهام ؛ لذلك فإن هؤلاء الأطفال يـشرد ذهـنهم بـسهولة ، ويتجنبون أداء المهام التي تتطلب الانتباه لمدى زمني طويل ، ويتسم فـرط النشاط بالتململ ، والحركات العصبية ، والتجول بطريقـة غيـر ملائمـة ، وصعوبة اللعب بهدوء ، والقلق ، وعدم الراحة ، والتحدث بطريقة زائدة عن الحد بمعنى أن هؤلاء الأطفال يكونون غير قادرين على خمد نـشاطهم فـي المواقف التي تتطلب منهم عمل ذلك فهم يتحركون بدرجة زائدة عـن الحـد الطبيعي ولا يجلسون ساكنين ، ولا يمكنهم اللعب بهدوء فهم دائماً في حالـة حركة ، ويصدرون حركات عصبية بأيديهم وأقدامهم ، وتتمثل الاندفاعية في قلة التحكم أو السيطرة على المواقف التي تتطلب الانتباه الجيد .

ويؤكد ذلك نيبرج وكوتا Nebring & Qta (٢٠٠٣) حيث يرون أن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد اضطراب طبي نفسي يتم تشخيصه بطريقة أكثر شيوعاً في مرحلة الطفولة ، وطبقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابـع للاضـطرابات النفـسية Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) الـصادر عـن الجمعيـة الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association عام ١٩٩٤ يتضمن هذا الاضطراب مجموعة من الأعراض المرضية تتميز بمـصاعب مستمرة في ثلاث نواح هي مدى الانتباه ، والتحكم في الاندفاعية ، والنشاط الزائد أو فرط النشاط .

وقد ميز الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث للاضطرابات النفـسية (DSM-III) بين فئتين لاضطراب الانتباه هما :

- اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد Attention Deficit Hyperactivity Disorder.
- اضطراب نقص الانتباه غير المصحوب بالنشاط الزائد Attention Deficit Disorder.

ويتصف الأطفال ذوى اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (ADHD) بعدم القدرة على الانتباه والاندفاعية وفرط النشاط، بينما يتصف الأطفال ذوى اضطراب الانتباه (ADD) بعدم القدرة على الانتباه والاندفاعية (الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association ، ١٩٨٠) .

وفي مراجعة الجمعية الأمريكية للطب النفسي للطبعة الثالثة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الصادر عام ١٩٨٧ دمجت النشاط الزائد مع اضطراب نقص الانتباه ، ومنذ ذلك التاريخ أصبح يطلق على هذا الاضطراب مصطلح اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) وهذا ما أكده الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM-IV) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام ١٩٩٤ بأنه لا يوجد سوى نوع واحد من الاضطراب وهو اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (ADHD) ، وأن اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد عرضان متلازمان لاضطراب واحد وليس نمطين مختلفين .

واتجهت البحوث النفسية والتربوية لدراسة أسباب اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وقدمت العديد من الأسباب والتفسيرات الكامنة وراء هذا الاضطراب ومن هذه التفسيرات ما يلي :

ويرى أصحاب النظريات الجينية Genetic Theories أن الأفراد الذين

يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يكــون لــديهم معدل منخفض بدرجة غير عادية لنشاط أجزاء معينة من المخ تكون مسئولة عن التحكم الحركي والانتباه ، ومع ذلك فمصدر هذه العيوب العصبية غيــر أكيد ، وتفترض هذه النظريات وجود عيوب في أيض الدوبامين Dopamine والنــورإينفيرين Norepinephrine (كــلارك وآخــرون .Clarke et al ، ٢٠٠٢) ونقص إفراز هاتين المادتين يؤدى إلى حدوث الاضطراب ، ويدلل على ذلك ستين وآخرون .Stein et al (١٩٩٥) حيث يــرون أن الأدويــة المنشطة للانتباه تساعد على زيادة إفراز هاتين المادتين مما يؤدى إلى زيادة إفراز هرمون الأدرينالين الذي تفرزه الغدة الكظرية والذي يعمل على كــبح جماح السلوك ، وتشير البحوث الحديثة إلى أن العوامل الوراثية تلعب دوراً مهماً في حدوث الاضطراب (باركلى Barkley ، ١٩٩٨) ، كما يؤكد عدد آخر من الباحثين على أن العوامل الوراثية من الدلالات المهمة فــي نــشوء الاضطراب (بيدرمان وآخــرون .Biederman et al ، ٢٠٠٣) ، وهنــاك مجموعة من الدراسات التي بحثت فــي العلاقــة بــين العوامــل الوراثيــة واضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، منها دراسة أندرســون وآخرون .Anderson et al (١٩٩٤) التي أوضحت نتائجها أن ٢٠% من الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد كان آباؤهم وأمهاتهم يعــانون مــن الاضطراب أثناء طفولتهم ، وأن ثلث هؤلاء الآباء والأمهات يعــانون مــن مشكلات نفسية وسلوك مضاد للمجتمع ، بينما أوضــحت دراســة بــاركلى وبيدرمان Barkley & Biederman (١٩٩٧) انتشار اضــطراب نقــص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى أخوة وأخوات الأطفال الذين يعــانون من الاضطراب ، كما أوضح كارنى Carney (٢٠٠٢) أن ما بــين ٥٥% إلى ٩٢% من أعراض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائــد

مرتبط بعوامل وراثية ، كذلك أشارت نتائج دراسة بلاكمان وهينشو Blackman & Hinshaw (٢٠٠٢) إلى تفشي أعراض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بين أفراد العائلات التي أجريت عليها الدراسة ، ودعم باركلي Barkley (٢٠٠٣) هذه النتيجة وأضاف أن هذا التفشي ناتج عن عوامل وراثية وليس بفعل العوامل البيئية .

كما يوجد اعتقاد بأن هذا الاضطراب ناتج عن إصابة مخية طفيفة ؛ حيث يظهر الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب علامات عصبية توحي بوجود إصابة مخية ، فنقص نضج المخ يؤدي إلى انخفاض في النشاط المخي خصوصاً في الفص الأمامي للمخ (باركلي Barkley ، ٢٠٠١) ، وتضمن تقرير نشر عن المعهد القومي للصحة بالولايات المتحدة الأمريكية National Institute of Health (NIH) صغر حجم القطاع الأمامي الأيمن من الدماغ وعدم تناسق في نشاط الكتلة العصبية لدى الأطفال الذين يعانون من الاضطراب مقارنة بالأطفال العاديين ، وأشار التقرير أيضاً أن الجزء الأمامي من المخ لدى الأطفال العاديين أكبر من الجزء الأيسر ، وأن هذا التناسق لا يظهر لدى الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (رابوبورت Rapoport ، ١٩٩٦) .

وتشير الدراسات الحديثة إلى أن الأطفال المصابين بالاضطراب يظهرون مستويات منخفضة من التمثيل الغذائي للناقلات العصبية Neurotransmitters التي تفرز مواد كيميائية في المخ بشكل طبيعي مقارنة بالأسوياء ، وأن هذه الفروق تتركز في اللحاء تحت الحركي ، واللحاء تحت الجبهي الذي يتحكم في النشاط الزائد والانتباه ، وقد أدى استخدام العقاقير أو الأدوية التي تنبه النشاط في المناطق الكامنة من المخ إلى خفض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وهو ما يدلل على التفسيرات السابقة

(جمعة يوسف ، ٢٠٠٠) ، كما أثبتت بعض العقاقير مثل الميثيل فينيديت Methylphenidate (الريتالين Ritalin) ، والديكسترو أمفيتامين Dextroamphetamine (الديكسدرين Dexedrine) فاعلية كبيرة في الحد من شدة الأعراض لدى الأطفال الذين يعانون من الاضطراب ، مما يدلل أيضاً على التفسيرات السابقة .

ويرى عدد كبير من الباحثين أن اختلال التوازن الكيميائي للناقلات العصبية بالمخ (وهي قواعد كيميائية تعمل على نقل الإشارات العصبية بين المراكز العصبية المختلفة بالمخ) يؤدى إلى اضطراب نقص الانتباه ، وبالتالي تضعف من قدرة الفرد على الانتباه والتركيز ، وبالتالي يزداد نشاطه الحركي واندفاعيته ، وأن الدوبامين Dopamine هو المسئول عن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بدليل أن الأدوية المنشطة للانتباه تساعد على زيادة إفراز الدوبامين مما يؤدى إلى إفراز هرمون الأدرينالين الذي تفرزه الغدة الكظرية والذي يعمل على كبح جماح السلوك (ستين وآخرون Stein et al. ، ١٩٩٥) .

وبالنسبة للغالبية العظمى من الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد فإن مثل هذه الظروف العصبية تنشأ من عوامل خلقية تتضمن النقل الوراثي ، والمضاعفات الناتجة عن الولادة (بيدرمان وآخرون Biederman et al. ، ١٩٨٧ ؛ دويتش Deutsch ، ١٩٨٧ ؛ إيديلبروك وآخرون Edelbrock et al. ، ١٩٩٥) ، وبالنسبة لعدد قليل من الأطفال الذين ينطبق عليهم هذا التشخيص فإنه يمكن أن يكون سبب الاضطراب حدوث إصابة بالرأس أو مرض عصبي ، أو المضاعفات الناتجة عن تزايد نسبة الرصاص في الدم أو المضاعفات البيولوجية الأخرى (إدواردز وآخرون Edwards et al. ، ٢٠٠١) .

وتوجد مجموعة من العوامل النفسية تؤدى إلى اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد منها الضغوط النفسية والقلق والتوتر ، واضطراب العلاقات الأسرية ، ويذكر جمال الخطيب (٢٠٠١) أن الضغوط النفسية والإحباطات الشديدة من العوامل التي تسهم في حدوث الاضطراب ، ويؤكد ذلك محمد كامل (١٩٩٦) حيث يرى أن اضطراب الانتباه الناتج عن الإحباط العاطفي سرعان ما يختفي بزوال العوامل المحيطة مثل الضغوط النفسية ، واضطراب التوازن العائلي ، وحاولت العديد من النظريات السيكولوجية شرح أو تفسير الطريقة التي يؤثر بها اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد على الأداء السيكولوجي ، واستناداً إلى ما نعرفه الآن من بيولوجيا الاضطراب فإن النظريات الحديثة تستند إلى وجهة النظر السيكولوجية العصبية فيرى كواى Quay (١٩٨٩) أنه قد يكون من المسببات البيولوجية حدوث تلف بالمخ نتيجة لتعرض الدم لمواد ضارة أثناء الحمل مثل التدخين أو تعاطي الأم بعض الأدوية وخاصة المضادات الحيوية أثناء فترة الحمل أو الولادة قبل الأوان ، والولادة المتعسرة التي ينتج عنها تلف بعض خلايا المخ نتيجة نقص الأكسجين ، ومما يؤكد ذلك أن الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يعانون من انخفاض نظام المنع أو الكف السلوكي للمخ Brain's Behavioral Inhibition System الذي يستند على الجانب العصبي ، وهذا يعنى أن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ينتج عن إعاقة أو ضعف في نظام الكف السلوكي للمخ ، وفي تفصيل أو إسهاب مكثف صرح باركلى Barkley (١٩٩٥) أن للعجز في الكف السلوكي يكون هاماً في فهم أوجه العجز أو الخلل المعرفية السلوكية والاجتماعية التي تمت ملاحظتها داخل العينات السلوكية التي تعانى من الاضطراب ، ويؤكد ذلك سيرجانت

Sergeant (١٩٩٥) حيث يرى أن اضطرابات الكف السلوكي علـى رأس قائمة المشكلات الخاصة باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد .

وعلى الرغم من وجود عدد قليل من النظريات المتعلقة بالعوامل البيئية التي تم اقتراحها لتفسير الاضطراب إلا أن هذه النظريات لم تلق التأييد الكبير في مجموعة المؤلفات البحثية ، وبالتالي فإن الإدعاء بأن الرعاية الوالدية السيئة ، والبيئات الأسرية التي تتسم بالفوضى تعد سبباً من أسباب حدوث الاضطراب لم يلق تأييداً كبيراً ، وعندما يوجد الاضطراب بين الأطفال الذين ينحدرون من هذه الأسر فإن آباء هؤلاء الأطفال يكون لديهم تاريخ مرضي يدل على وجود الاضطراب ، وإذا كان الأمر كذلك فإنه سيساعد على شرح السبب في أن بيوتهم من المحتمل أن تكون بيوتاً فوضوية وفي نفس الوقت يقدم دليلاً على التفسير الوراثي لحالة الطفل الذي يعاني من الاضطراب ، وحينئذ ينظر إلى الفوضى المنزلية على أنها أحد العوامل التي تؤدى إلى تفاقم المشكلة وليست سبباً لحدوث الاضطراب الفطري لدى الطفل .

وورد في تقرير للمعهد القومي للصحة بالولايات المتحدة الأمريكية National Institute of Health (NIH) (١٩٩٨) أن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يشيع بين الأطفال المتأخرين عقلياً ويمثل في جوهره مشكلة نمائية عامة تؤثر سلبياً على الطفل والأسرة والمدرسة والمجتمع ككل لما تتسم به تلك المشكلة من أوجه قصور عديدة ، ويؤكد ذلك كو وآخرون .Coe et al (١٩٩٩) حيث يرون أن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من أهم المشكلات السلوكية التي يشيع انتشارها بين الأطفال المتأخرين عقلياً .

وترى يونج وتون Young & Toone (٢٠٠٠) أن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد اضطراباً نمائياً يتسم بوجود أوجه قصور في كف السلوك تتمثل في ثلاثة مظاهر أساسية هي ضعف الانتباه بشكل لا يتناسب مع المستوى النمائي للفرد ، والنشاط الزائد ، والاندفاعية ، ويتمشى مع الرأي السابق ما ذكره جينينجز وآخرون Jennings et al. (١٩٩٧) حيث يرون أن الاندفاعية تنتشر بدرجة كبيرة بين هؤلاء الأطفال ؛ وأن سلوكياتهم تتسم بعدم التفكير كما أنهم يقاطعون الآخرين أثناء الحديث ، ولا ينتظرون دورهم أثناء اللعب ، وأنهم يواجهون مشكلات عديدة في ترتيب وتنظيم واجباتهم المدرسية مما يجعلهم في حاجة ماسة إلى الإشراف والتوجيه ويتمثل نشاطهم الزائد في التململ ، وعدم القدرة على البقاء في حالة سكون .

الوصف التشخيصي للاضطراب :

كما يوحي مصطلح اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد فإن الأطفال الذين يعانون من الاضطراب يظهرون نشاطاً عضلياً زائداً عن الحد أو مبالغ فيه مثل الجري بلا هدف أو الجري العشوائي والتململ ، وتعد صعوبة الاستمرار في الانتباه هي الملمح الرئيسي للاضطراب ، فالأطفال الذين يعانون من الاضطراب يكونون مشتتي الذهن بدرجة كبيرة جداً ، ويفشلون في إتباع التعليمات أو الإجابة على الأسئلة أو الاستجابة للأوامر التي توجه إليهم .

ومن بين السمات الأخرى لهذا الاضطراب وجود السلوك الاندفاعي Impulsive Behavior والتحمل الضئيل للإحباط ، ونتيجة لهذه المشكلات فإن هؤلاء الأطفال يكونون غالباً أكثر انخفاضاً في مستوى الذكاء ، وعادة فإنه في حوالي ٧ – ١٥ اختباراً من اختبارات الذكاء تكون درجاتهم أقل من

المتوسط ، ويميل الأفراد الذين يعانون من الاضطراب إلى التحدث بلا انقطاع أو بطريقة مستمرة ، وأن يكونوا متطفلين على الآخرين ، وغير ناضجين اجتماعياً ، وفي دراسة أجريت على ٩١٦ مراهقاً في نيوزيلندا وجد أن المراهقين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لديهم معدلات أعلى في المخالفات المرورية مقارنة بغيرهم من المراهقين العاديين (نادا – ريجا وآخرون .Nada-Reja et al ، ١٩٩٧) .

وتتضمن الأوصاف الكلينيكية للأطفال الذين يعانون من الاضطراب الشكوى من عدم القدرة على الإنصات أو الاستماع إلى التعليمات ، وعدم استكمال الأعمال أو المهام التي يُكلفون بها ، وسيطرة أحلام اليقظة ، والشعور بالملل أو الضجر بسهولة ... إلخ ، ومن الأمور الشائعة للاضطراب صعوبة الاستمرار أو الاحتفاظ بالانتباه أثناء أداء المهام ، وتظهر هذه المشكلات في أغلب الأحيان في المواقف التي تستدعى الانتباه المستمر ، كما يظهر أيضاً على الأطفال الذين يعانون من الاضطراب الاندفاعية ؛ حيث يبدأون في أداء المهام قبل أن يستمعوا إلى التعليمات أو بعد الانتهاء منها ، ويتحدثون في غير دورهم أو عندما لا يطلب منهم ذلك ، ويقومون بتلميحات وإشارات وتعليقات طائشة دون اعتبار للعواقب أو النتائج الاجتماعية ، كما تتضمن الأوصاف الكلينيكية أيضاً فرط النشاط الحركي واللفظي فنجد هؤلاء الأفراد في حالة حركة دائمة وغير قادرين على أن يظلوا ساكنين ... إلخ ، وبالنسبة للمكون اللفظي فإنه يتم التركيز غالباً على الشكوى من تحدث الطفل بدرجة زائدة عن الحد أو أنه ثرثار لا يستطيع التوقف عن الكلام أو لديه فم متحرك لا يستطيع السكوت سواء كان ذلك بصفة معتدلة أو بصفة حادة .

ويرى رابوبورت وآخرون .Rapoport et al (١٩٨٦) أن

المصاعب المتعلقة بالسلوك الذي تحكمه القواعد تمثل ملمحاً كلينيكياً مهمــاً للاضطراب ، فقد أوضحت نتائج العديد من الدراسات أن الأطفــال الــذين يعانون من الاضطراب يظهرون مشكلات ملحوظة وعلى قدر كبيــر مــن الدلالة تتمثل في عدم الالتزام بالقواعد والأوامر .

وتؤكد نتائج التقارير الكلينيكية الخاصة بالوالدين والمعلمين على عدم قدرة الأطفال الذين يعانون من الاضطراب على إتباع التعليمات ، ومثل هذه المصاعب تنشأ في مجموعة متنوعة من السياقات ولكنها تحدث في أغلــب الأوقات في المواقف التي يكون فيها الكبار غائبين ، أي عندما يكون هنــاك طلب متزايد للتنظيم أو الضبط الذاتي للسلوك ، كمــا أن هــؤلاء الأطفــال يظهرون أيضاً عدم امتثال كبير لأداء مهامهم أو واجبــاتهم ويكــون ذلــك واضحاً فيما يتعلق بأدائهم في الفصول الدراسية ، وفي نتائج الاختبــارات ، وفي استكمالهم للواجبات المنزلية أو الأعمال المنزلية الروتينيــة ، وعلــى الرغم من أنه يمكن القول جدلاً بأن جميع الأطفال يظهرون قدراً معيناً مــن التغيرية في هذه النواحي فمن الواضح من الخبرة الكلينيكية والنتائج البحثية أن الأطفال الذين يعانون من الاضطراب يظهرون ذلك بدرجة أكبر بكثير .

ويؤثر الأفراد الذين يعانون من الاضطراب على الأفراد الذين يعيشون معهم بطريقة سلبية ؛ حيث يكون لديهم صعوبات كبيرة في التأقلم مع والديهم وذلك لأنهم لا يطيعون الأوامر أو القواعد التي توجه لهــم ، وعلــى وجــه العموم فإن الأطفال الذين يعانون من الاضطراب لا يبدو عليهم القلق علــى الرغم من أن نشاطهم الزائد عن الحد ، وتململهم ، وقلة راحتهم ، وشــرود ذهنهم تُعد علامات أو مؤشرات للقلق ، وعادة يكون تحــصيلهم ســيئاً فــي المدرسة ، ويظهرون عادة صعوبة في القراءة ، وتعلــم المــواد الدراســية الأخرى ، كما أنهم يثيرون الكثير من المــشاكل الــسلوكية ، ولا يتحملــون

إرجاء الإشباع ، ويميلون إلى عصيان الأوامر والقواعد ويثيرون العديد من المشاكل المتعلقة بالعمل المدرسي والعلاقة بالمعلمين وزملائهم الآخرين .

والطفل الذي يعاني من الاضطراب نجده مشتت الانتباه ، ويـضرب الأطفال ت الآخرين باندفاعية شديدة ، ويضرب الأشياء برجليه ، ويرمـى الأشياء الموجودة فوق المكاتب على الأرض ، ويمسح الأشياء المكتوبة على السبورة ، ويتلف كتبه وكتب زملائه ، وغيرها من الممتلكات المدرسـية ، ويقفز ويندفع من مكان إلى آخر داخل الفصل الدراسي كما أنه غيور إلى حد كبير من أخوته وبقية زملائه داخل الفصل الدراسي ، وعلى الرغم مـن أن نسبة ذكائه تكون متوسطة أو فوق المتوسط إلا أنه يشعر أنه غبي .

والأوصاف المستقبلية لهذا الاضطراب ربما تشمل أوجه الاضـطراب في السلوك الذي تحكمه القواعد ، والتغير في الأداء كمعالم محددة ، وعلـى الرغم من ذلك فإن معظم المحترفين في هذا المجال ينظـرون إلـى نقـص الانتباه والاندفاعية وفرط النشاط على أنها الأعراض المرضـية الأساسـية للاضطراب ، وعلى الرغم من أن هذه الأعراض قد تم النظر إليها على أنها مميزة للاضطراب فإن صدق هذا الافتراض قد أثيرت حوله الشكوك ، فعلى المستوى النظري فإن الأعـراض المرضـية الثلاثـة الأساسـية المميـزة للاضطراب بالإضافة إلى الكثير من المعالم المصاحبة لها ربما تنبـع مـن عجز دال في عمليات الكف السلوكي Behavioral Inhibition Processes ، ومن وجهة النظر العملية الدقيقة فإنه في الآونة الأخيـرة أوضـحت نتـائج التحليل العاملي أنه على الرغم من أن الأعراض المرضية لـنقص الانتبـاه تميل إلى أن تتجمع بمعزل عن الأعراض المرضية للاندفاعية وفرط النشاط فإن هذين العرضين المرضيين الأخيرين رغم ذلك يتجمعان معـاً بطريقـة منتظمة (أناستوبولس Anastopoulos ، ١٩٩٩) .

تشخيص الاضطراب :

اعتمد الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (DSM-IV-TR) على ست خطوات لتشخيص الاضطراب هي :

الخطوة الأولى :

المقابلة الشخصية مع الوالدين التي تتضمن عرض المشكلات ، والتاريخ المتعلق بالنمو ، والتاريخ الأسري .

الخطوة الثانية :

إجراء مقابلة شخصية مع الطفل للتعرف على سلوكه في البيت وفي المدرسة ، وكذلك التعرف على أدائه الوظيفي الاجتماعي .

الخطوة الثالثة :

تطبيق مجموعة من المقاييس التي تقدر السلوك في البيت والمدرسة ، وكذلك الأداء الوظيفي الاجتماعي .

الخطوة الرابعة :

الحصول على بيانات من المدرسة تتضمن طبيعة سلوك الطفل في المدرسة ، ودرجات الاختبارات التحصيلية ، والموقف الدراسي وغيرها من المعلومات المهمة .

الخطوة الخامسة :

إجراء مجموعة من الاختبارات النفسية مثل اختبارات الذكاء وذلك لقياس نسبة الذكاء ، واختبارات تصفية أخرى للتأكد من عدم وجود صعوبات التعلم .

الخطوة الأخيرة :

تتضمن هذه الخطوة إجراء الفحوص البدنية والعصبية ، والأفراد الذين يقومون بهذا الإجراء هم الأطباء النفسيون والمتخصصون في الصحة النفسية

وأطباء الأطفال وأطباء الأمراض العصبية ، كما يقدم الوالـــدين والمعلمـــين والأخصائيين النفسيين معلومات مهمة تساعد في عملية التشخيص .

كيف يتم تشخيص الاضطراب :

كما تم تناوله سابقاً ينبغي أن يستند تشخيص اضطراب نقص الانتبـــاه المصحوب بالنشاط الزائد إلى عدد من الملاحظات فهذا الاضطراب ليس له هوية أو كيان بيولوجي محدد ، ولكنه يمثل مجموعة من الأعراض السلوكية والمرضية ، وكما ذكر سابقاً يقوم الوالدان والمعلمون باستكمال مجموعة من الاختبارات النفسية ، ويتم ملاحظة الأطفال في البيت والمدرسة ، كما يـــتم إجراء مقابلة كلينيكية للطفل والأسرة ، ومن بين الأدوات أو المقاييس التـــي يتم استخدامها مقاييس التقدير السلوكي وذلـــك للتعـــرف علـــى أو تحديـــد الاضطراب ، ومن أهم المقاييس التي تستخدم في هذا الصدد مقياس كونرز لتقديرات المعلم The Conners' Teacher Rating Scale (CTRS) وهـــذا المقياس يتم تطويره باستمرار وفقاً لمحكات الدليل التشخيصي والإحـــصائي للاضطرابات النفسية ، ويستخدم بطريقة مكثفة في تقدير الاضـــطراب منـــذ نشره لقبوله الواسع ، وعلى الرغم من أن فهم الأخصائيين للاضطراب قـــد تغير عبر السنين إلا أن تفضيلهم لهذا المقياس استمر ثابتاً ، ويعتمد مقيـــاس كونرز لتقديرات المعلم على مقياس تقدير مكون مـــن أربـــع نقـــاط ليـــست موجودة على الإطلاق ، موجودة بدرجة قليلة ، موجودة بدرجـــة كبيـــرة ، موجودة بدرجة كبيرة جداً ، ويتضمن هـــذا المقيـــــاس ٢٨ فقـــرة لجمـــع المعلومات من المستجيب ، ويقوم بتكملة هذا المقياس كلاً من معلم الطفـــل ، والوالدين أو أحدهما ، وبعد ذلك يتم تحديد ما إذا كان الطفـــل تحـــدث لـــه الأعراض المرضية المميزة للاضطراب أم لا .

وهناك مقياس آخر يستخدم على نطاق واسع وهو اســـتخبار كـــونرز

للأعراض المرضـــية المختـــصر Conners' Abbreviated Symptoms Questionnaire (CASQ) ويشار إليه غالباً على أنه مؤشر أو دليل علـــى وجود النشاط الزائد ، ويتكون هذا المقياس من ١٠ فقرات تفيد في معرفة أو تحديد الأطفال الذين يتسمون بالنشاط الزائد ، ويقيس التغيرات في المشكلات المتعلقة بفرط النشاط والسلوك وذلك بعد إجراء التدخلات العلاجيـــة وعلـــى الأخص الأدوية المنبهة (باركلى Barkley ، ١٩٩٨) .

ومن المقاييس التي تقيس اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (ADHD) وفقاً للـــدليل التشخيـــصي والإحـــصائي الثالـــث المعـــدل للاضطرابات النفسية ، مقيـــاس انتبـــاه الأطفـــال وتـــوافقهم Children's Attention and Adjustment Survey (CAAS) ، وهذا المقياس مـــصمم لتقدير أنماط السلوك المرتبطة باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنـــشاط الزائد ، وتم تصميم هذا المقياس في أوائل السبعينات من القـــرن الماضـــي وذلك بهدف توفير أداة سلوكية يمكن استخدامها بواسطة المدرسين والوالدين والأطباء في قياس الأعراض المرتبطة بالنشاط الزائد ، ويتكون المقياس من صورتين أحدهما صورة التقييم المنزلية وتتكون من ٣١ فقرة ، والأخـــرى صورة التقييم المدرسية وتتكون من ٣١ فقرة أيضاً ، والعبارات الخاصة بكل صورة ذات صلة بأنماط السلوك الموجودة لدى الأطفال الذين يعـــانون مـــن خلل طفيف في وظائف المخ ، ويوجد أمام كل عبارة أربع اختيارات إطلاقاً وقليلاً ، إلى حد ما ، وكثيراً ، وبينت التحلـــيلات العامليـــة لهـــذا المقيـــاس بصورتيه المنزلية والمدرسية الأبعاد التالية نقص الانتباه Inattention (N) ، الاندفاعيـــة Impulsivity (I) ، والنـــشاط الزائـــد Hyperactivity (H) ، ومشكلات المسلك Conduct Problems (CP) ، ويدمج العبارات الموجودة على بعدى نقص الانتباه والاندفاعية يتكون مقياس فرعـــى جديـــد يـــسمى

اضطراب الانتباه Attention Deficit Disorder (ADD) ، أمـــا المقيـــاس الفرعي السادس فهو مقياس اضطراب نقص الانتباه المـــصحوب بالنـــشاط الزائد (ADHD) ، والمقياس الفرعي السابع والأخير يشتمل على العبـــارات المذكورة في معـــايير الـــدليل التشخيـــصي والإحـــصائي الثالـــث المعـــدل للاضطرابات النفسية (DSM-III-R) وبالتالي أصبح لكل صورة من صـورة المقياس سبع أبعاد تتشابه إلى حد كبير في مسمياتها ، ونقل هذا المقياس إلى البيئة العربية عبد الرقيب البحيري وعفاف عجلان (١٩٩٧) بعد أن قامـــا باختصار عبارات كل صورة سواء صورة التقييم المدرسية أو المنزلية إلى ٢٣ عبارة فقط ، ويلاحظ على هذا المقياس أنه يقيس الأعراض المرضـــية المميزة للاضطراب وفقاً لمحكات الدليل التشخيـــصي والإحـــصائي الثالـــث المعدل للاضطرابات النفسية ، ومن المقاييس التي تقيس الاضطراب وفقـــا لمحكات الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية مقيـــاس أعراض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنـــشـــاط الزائـــــد ADHD Symptoms Rating Scale (ADHD-SRS) إعـــداد هولانـــد وآخـــرون Holland et al. (٢٠٠١) ويصلح هذا المقياس لقياس للاضـــطراب لـــدى الأفراد الذين تتراوح أعمارهم الزمنية بين ٥ – ١٨ عاماً ، كما قام مجـــدي الدسوقي (٢٠٠٥أ) بإعداد مقياس تقدير أعراض اضطراب نقص الانتبـــاه المصحوب بالنشاط الزائد وذلك لتقدير سلوك الأفراد الـــذين يعـــانون مـــن الاضطراب ويتكون المقياس من ٤٤ فقرة تصف أوجـــه ســـلوك وســـمات الشخص الذي يعاني من الاضطراب ، وتقوم الفقرات المكونة للمقياس على السلوكيات الأكثر شيوعاً للاضطراب والمذكورة فـــي الـــدليل التشخيـــصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (DSM-IV-TR) ، وكـــذلك مجموعة المؤلفات المتخصصة ، ويتألف المقياس من ثلاث مقاييس فرعيـــة هي المقياس الفرعي الأول يقيس النشاط الزائد ، والمقياس الفرعـــي الثـــاني

يقيس الاندفاعية ، والمقياس الفرعي الثالث يقيس نقص الانتباه ، ويسهل إجراء هذا المقياس بواسطة الوالدين والمعلمين والأخصائيين النفسيين وغيرهم من الأفراد الذين لديهم معرفة كبيرة بسلوك المفحوص أو الذين تتاح لهم فرصة كبيرة لملاحظته ، ويمكن استخدام هذا المقياس في البيت وفي المدرسة ، ويفيد في تشخيص الاضطراب لدى الأفراد الذين تبدأ أعمارهم الزمنية من خمس سنوات ، وتم وضع تعليمات بسيطة للمقياس تتضمن الإجابة على كل عبارة من عبارات المقياس تبعاً لبدائل ثلاثة هي : هذا السلوك لا يمثل مشكلة ، هذا السلوك يمثل مشكلة بسيطة ، هذا السلوك يمثل مشكلة حادة ، وقد وضعت لهذه الاستجابات أوزان متدرجة صفر ، ١ ، ٢ على الترتيب ، ويستخدم الجمع الجبري في حساب الدرجة على كل مقياس فرعي ، والدرجة الكلية على المقياس هي مجموع درجات المقاييس الفرعية الثلاثة ، والدرجة المرتفعة على المقياس تشير إلى أن الفرد يعاني من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد والعكس صحيح .

ومن المقاييس التي تفيد في التأكد من الأعراض المرضية السلوكية المميزة للاضطراب قائمة أعراض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ADHD Symptom Checklist-4 (ADHD-SC4) إعداد جادو وسبرافكين Gadow & Sprafkin (١٩٩٧) وتعد هذه القائمة بديلاً للمقابلات الشخصية الطبية النفسية التي تعتبر طويلة إلى حد كبير ومستهلكة للوقت ، وتستند هذه القائمة إلى معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM-IV) ، وتصلح القائمة للاستخدام بالنسبة للوالدين والمعلمين لأنه طبقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية تنطبق الأعراض المرضية لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، واضطراب العناد والتحدي بدرجة متساوية في

البيت والمدرسة ، وقام مجدي الدسوقي (٢٠٠٥ب) بنقل هذه القائمة إلى البيئة العربية ، وتتضمن القائمة أربعة مقاييس فرعية هي :

- مقياس اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد :

ويتكون هذا المقياس من ١٩ عبارة تقيس السلوكيات المميزة للاضطراب .

- مقياس اضطراب العناد والتحدي :

ويتكون هذا المقاس من ثمان عبارات تقيس الأعراض السلوكية المميزة لاضطراب العناد والتحدي .

- مقياس الصراع بين الرفاق :

ويتكون هذا المقياس من ١٠ عبارات تقيس سلوكيات الصراع بين الفرد الذي يعانى من الاضطراب ورفاقه .

- مقياس الآثار الجانبية للأدوية المنبهة :

ويتكون هذا المقياس من ١٣ عبارة تقيس الآثار الجانبية المترتبة على تناول الأدوية المنبهة .

ويحدد القائم بعملية التقدير درجة حدوث السلوك على القائمة تبعاً لبدائل أربعة هي : أبداً ، أحياناً ، كثيراً ، دائماً ، وقد وضعت لهذه الاستجابات أوزان متدرجة كالآتي : أبداً (صفر) ، أحياناً (١) ، كثيراً (٢) ، دائماً (٣) ، ويستخدم الجمع الجبري في الحصول على الدرجة الكلية على كل مقياس فرعى ، والدرجة المرتفعة تشير إلى وجود الأعراض السلوكية المميزة للاضطراب والعكس صحيح .

التشخيص الرسمي أو المعتمد للاضطراب :

المعايير التشخيصية الرسمية لتشخيص اضطراب نقص الانتباه

المصحوب بالنشاط الزائد هي معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (DSM-IV-TR) الصادرة عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association (٢٠٠٠) ووفقاً لهذا الدليل فإن محكات تشخيص اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد تتمثل في :

أ- يشترط أن ينطبق على الفرد أحد البندين التاليين إما أولاً أو ثانياً مما يأتي :

أولاً : أن ينطبق على الفرد ستة على الأقل من الأعراض المرضية التالية الدالة على نقص الانتباه ، وأن تستمر تلك الأعراض لمدة لا تقل عن ستة أشهر على الأقل ، وأن تكون بشكل لا يتفق ولا يتسق مع مستواه النمائي مما يؤدى إلى سوء توافقه ، وهذه الأعراض هي :

١- ارتكاب أخطاء تدل على الإهمال واللامبالاة بخصوص العمل المدرسي أو المهني أو الأنشطة الأخرى ، والعجز عن الانتباه الدقيق للتفاصيل .
٢- صعوبة استمرار الانتباه في المهام المكلف بها أو في أنشطة اللعب .
٣- عدم الإنصات عندما يتحدث إليه أحد بشكل مباشر .
٤- عدم إتباع التعليمات ، والعجز عن إكمال العمل المدرسي أو العمل اليومي أو مهام العمل المهني (ليس بسبب العناد أو العجز عن فهم التعليمات) .
٥- وجود صعوبة في تنظيم وترتيب الأنشطة والمهام والأعمال التي تعرض عليه .
٦- تجنب القيام بالمهام التي تتطلب المجهود العقلي المستمر أو التي تحتاج إلى الانتباه والتركيز مثل العمل المدرسي والواجب المنزلي .

٧- كثيراً ما يفقد الأشياء الضرورية لأعماله وأنشطته مثل اللعب ، والأغراض المدرسية كالكتب والأقلام والأدوات الأخرى .

٨- شرود الذهن وعدم الانتباه بسهولة .

٩- كثير النسيان للأنشطة والأعمال اليومية المتكررة والمعتادة مما يجعله في حاجة إلى متابعة مستمرة .

ثانياً : أن ينطبق على الفرد ستة من الأعراض التالية الدالة على النشاط الزائد / الاندفاعية ، وأن تستمر تلك الأعراض لمدة لا تقل عن ستة شهور على الأقل ، وأن تكون بشكل لا يتفق ولا يتسق مع مستواه النمائي مما يؤدى إلى سوء توافقه ، وهذه الأعراض هي :

- **النشاط الزائد :**

١- غالباً ما يتململ أثناء جلوسه ويكثر من حركة يديه ورجليه ويخبط بهما أو يتلوى في مقعده .

٢- غالباً ما يترك مقعده في الفصل بطريقة غير ملائمة ، كذلك يترك مقعده في المواقف التي نتوقع منه فيها أن يظل جالساً في مقعده ، ويظل يمشى ذهاباً وإياباً دون سبب أو هدف .

٣- يجرى ويقفز ويتسلق الأشجار أو الأماكن المرتفعة ، وذلك في المواقف التي تكون فيها هذه الأفعال غير ملائمة (وفي حالة المراهقين والراشدين يقتصر ذلك على الشعور الذاتي بعدم الاستقرار أو الاستياء) .

٤- غالباً ما يجد صعوبة في اللعب أو ممارسة أنشطة قضاء وقت الفراغ بهدوء .

٥- دائم الحركة ، وغالباً يسلك كما لو كان مدفوعاً بواسطة محرك أو

موتور .

٦- غالباً ما يتحدث بدرجة زائدة عن الحد في معظم الأوقات .

- **الاندفاعية :**

١- التسرع في الإجابة عن الأسئلة التي توجه إليه قبل أن يتم الانتهاء منها .

٢- لديه صعوبة في انتظار دوره .

٣- يقاطع الآخرين ويتطفل عليهم كأن يتدخل في محادثاتهم أو ألعابهم .

ب- أن تحدث الأعراض الدالة على نقص الانتباه والنشاط الزائد والاندفاعية التي سببت عجزاً أو قصوراً لدى الفرد قبل سن السابعة .

ج- أن تسبب هذه الأعراض خللاً أو قصوراً ذا دلالة كلينيكية في الأداء الوظيفي اليومي للفرد في موقفين أو أكثر سواء في المنزل أو المدرسة أو العمل .

د- أن توجد أدلة واضحة وقاطعة ذات دلالة كلينيكية تؤكد حدوث الاضطراب في الجانب الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني .

هـ- ألا ترجع هذه الأعراض إلى اضطراب نمائي عام (منتشر) أو الفصام ، أو أي اضطراب عقلي آخر كأن يكون اضطراباً وجدانياً ، أو اضطراب القلق ، أو اضطراباً تفككياً (انشقاقياً) أو اضطراب الشخصية .

ويشترط لدقة التشخيص ما يلي :

١- أن يذكر الوالدان أو المعلمون ستاً على الأقل من التسع مشكلات المتعلقة بالسلوك في أي من القائمتين لضمان وجود الاضطراب وتشخيصه بطريقة مناسبة .

٢- تكرار يفوق أو يتعدى ما يتوقع من الأطفال في نفس العمر العقلي .

٣- أن يكون لهذه السلوكيات تأثير على الأداء الوظيفي السيكولوجي ، ولا ترجع إلى أنواع أخرى من اضطرابات التعلم أو اضطرابات الشخصية .

ويميز الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (DSM-IV-TR) بين ثلاثة أنواع من اضطرابات الانتباه هي :

أ- اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (النوع المركب) Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Combined Type وفي هذا النوع يوجد لدى الأطفال ستة أعراض أو أكثر لعدم القدرة على الانتباه مع مصاحبتها لست أعراض أو أكثر من النشاط الزائد مع وجود الاندفاعية ، وينتشر هذا النوع من الاضطراب بين الأطفال والمراهقين .

ب- اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد مع غلبة نقص الانتباه Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Predominantly Inattentive Type وفي هذا النوع من الاضطراب يوجد لدى الأطفال ست أعراض أو أكثر لعدم القدرة على الانتباه في حين توجد أعراض قليلة لا تدل على النشاط الزائد أو الاندفاعية .

ج- اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد مع غلبة النشاط الزائد والاندفاعية Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Predominantly Hyperactive Impulsive Type ويميز هذا النوع وجود ستة أعراض للنشاط الزائد والاندفاعية مع انخفاض واضح لأعراض نقص الانتباه ، وكان يعتقد فيما مضى أن هذا الاضطراب

عابر وقاصر على مرحلة الطفولة إلا أن الدراسات التتبعية أوضحت استمراره خلال مرحلة المراهقة ومرحلة الرشد المبكر لدى الغالبية العظمى من الحالات .

ويرمز للتشخيص بالكود التالي :

٣١٤,٠١ – اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد – النوع المركب Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder, Combined Type ، وذلك في حالة وجود المعيار الأول في أولاً ، والمعيار الأول في ثانياً خلال الستة أشهر الأخيرة .

٣١٤,٠٠ – اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد مع غلبة نقص الانتباه Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder, Predominantly Inattentive Type ، وذلك في حالة وجود المعيار الأول في أولاً، وعدم وجود المعيار الأول في ثانياً خلال الستة أشهر الأخيرة .

٣١٤,٠١ – اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد مع غلبة النشاط الزائد والاندفاعية Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder, Predominantly Hyperactivity-Impulsive Type ، وذلك في حالة وجود المعيار الأول في ثانياً ، وعدم وجود المعيار الأول في أولاً خلال الستة أشهر الأخيرة .

٣١٤,٩ – اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد غير المحدد Attention Deficit/ Hyperactivity Not Otherwise Specified ، وتختص هذه الفئة بالاضطرابات المصحوبة بأعراض واضحة من نقص الانتباه أو النشاط الزائد والاندفاعية

والتي لا تستوفي المعايير الخاصة باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد .

وكما يتضح من هذه المعايير فإن الطريقة التي يعلن فيها اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد عن نفسه من الناحية الكلينيكية تختلف من طفل إلى آخر ، فالأطفال الذين يوجد لديهم أعراض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد المتمثلة في نقص الانتباه ربما تشكل مخاوف أكبر نسبياً عن الاندفاعية أو المشكلات المتعلقة بالنشاط الزائد ، وبالنسبة لأطفال آخرين ربما تكون الاندفاعية والنشاط الزائد من المصاعب الأكثر ظهوراً ، وبالتأمل في هذه الفروق أو الاختلافات الممكنة في العرض الكلينيكى فإن المعايير المتضمنة في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (DSM-IV-TR) لا تسمح بذلك فقط ولكنها تتطلب التقسيم الفرعي لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، فمثلاً عندما يوجد أكثر من ستة أعراض مرضية من كلتا القائمتين وتنطبق جميع المعايير الأخرى فإن تشخيص اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من النوع المركب يكون موجوداً ، وفي وجود ستة أعراض مرضية أو أكثر تتعلق بنقص الانتباه ووجود أقل من ستة أعراض مرضية تتعلق بالنشاط الزائد والاندفاعية فإن التشخيص المناسب سيكون هو اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد الذي يتعلق بنقص الانتباه في المقام الأول، ويتعرف المهنيون بسرعة على الأنماط الموجودة في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية ويميزونها عن تلك الأنماط التي تميز اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد– النوع المركب أو اضطراب الانتباه غير المتميز Undifferential Attention Deficit Disorder (أي اضطراب الانتباه المصحوب بفرط النشاط أو اضطراب الانتباه غير المصحوب بفرط النشاط) في التصنيف التشخيصي

والإحصائي الثالث المعدل للاضطرابات النفسية (DSM-III-R) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام ١٩٨٧ ، واضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد أو غير المصحوب بالنشاط الزائد الموجود في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث للاضطرابات النفسية (DSM-III) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام ١٩٨٠ ، ومع ذلك ظهر في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM-IV) ولأول مرة الحالة من النوع المعروف باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد التي تتميز بالنشاط الزائد والاندفاعية في المقام الأول والذي يعتبر التشخيص المناسب الذي يجب أن يتم عمله عندما تظهر ستة أعراض أو أكثر للأعراض المرضية الدالة على السلوك الاندفاعي والسلوك الذي يتسم بالنشاط الزائد ، وستة أعراض مرضية على الأقل تتعلق بنقص الانتباه مع انطباق جميع المعايير الأخرى .

ويتشابه التصنيف الدولي العاشر للأمراض النفسية International Classification of Diseases (ICD-10) الصادر عن منظمة الصحة العالمية World Health Organization عام ١٩٩٣ إلى حد كبير مع محكات اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد أو اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية ، وهذا التصنيف يستخدم قوائم منفصلة للأعراض المرضية تجمع بين طياتها مجموعة تتكون من ١٨ عرضاً مرضياً ، ومع ذلك فعلى عكس الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية فإن التصنيف الدولي العاشر يستخدم قائمة تتكون من تسع فقرات تتعلق بنقص الانتباه ، وقائمة تتكون من خمس فقرات تتعلق بالنشاط الزائد ، وقائمة تتكون من أربع فقرات تتعلق بالأعراض المرضية

للاندفاعية ، وكل قائمة من هذه القوائم تختلف في النقاط القاطعة أو الفاصلة للأعراض المرضية ، فمثلاً ستة أعراض مرضية على الأقل لنقص الانتباه ، وثلاثة أعراض مرضية للنشاط الزائد ، وعرض مرضي واحد للاندفاعية قبل النظر إلى التشخيص المتعلق باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وأكثر من ذلك فإن التصنيف الدولي العاشر للاضطرابات النفسية يشترط ما يلي :

١- أن تظهر الأعراض المرضية قبل عمر السابعة .

٢- أن تستمر الأعراض المرضية لمدة ستة أشهر على الأقل .

٣- أن تكون أعراض الاضطراب النمائي واضحة .

٤- لا ترجع علامات الاضطراب إلى حالات طبية نفسية أخرى على سبيل المثال اضطراب الحالة المزاجية .

ومما يجب الإشارة إليه أن المحكات التشخيصية المتضمنة في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM-IV) وكذلك المحكات المتضمنة في التصنيف الدولي العاشر للاضطرابات النفسية (ICD-10) بينهما قدر كبير من التداخل في محتويات قوائم الأعراض المرضية ، ورغم هذا التداخل أو أوجه التشابه الكبيرة فإن هناك اختلافات أو فروق ممكنة من أهمها أن مجموعة الأعراض المرضية والنقاط الحاسمة للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع قد استمدت بطريقة عملية من التجارب الميدانية الكلينيكية ، بينما الأعراض المرضية المتضمنة في التصنيف الدولي العاشر تم تحديدها بدرجة أساسية على أساس إجماع آراء العلماء في اللجنة ، وعلى الرغم من أن كلا النظامين يتطلب دليلاً على الانتشار عبر المواقف المختلفة فإن الأعراض المرضية المتضمنة في التصنيف الدولي العاشر صريحة وواضحة وصارمة إلى حد كبير في هذا الصدد ، كما يختلف

التصنيف الدولي العاشر عن الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية في أنه لا يسمح لأي نوع فرعي تشخيصي ، وعلى الرغم من ذلك فإن الحدوث المشترك أو المتزامن للتطور الاكتئابي أو اضطرابات القلق يمنع بطريقة ذاتية عمل تشخيص باستخدام التصنيف الدولي العاشر للاضطرابات النفسية ، ولكن الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية يسمح بإمكانية التعرف عليهم كاضطرابات مرتبطة مشتركة تحدث مع اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (أناستوبولس Anastopoulos ، ١٩٩٩) .

القضايا المرتبطة بمعايير/ محكات تشخيص اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد :

هناك مجموعة من القضايا التي ترتبط بمعايير التشخيص الخاصة باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد منها ما يلي :

١- محتوى المفردات أو الفقرات لا ينطبق بطريقة متساوية تماماً على الأعمار المختلفة ، فالفقرات المتعلقة بنقص الانتباه ربما يكون لها تطبيقاً تنموياً أكبر عبر الأعمار الزمنية لسن المدرسة وحتى المراهقة والرشد المبكر ، وعلى النقيض فإن الفقرات المتعلقة بالسلوك الزائد والاندفاعية تبدو أنها أكثر تطبيقاً على الأطفال الصغار وغير ملائمة على الإطلاق للمراهقين الأكبر سناً والراشدين .

٢- الدرجة القاطعة للأعراض المرضية ربما تحتاج إلى تعديل بالنسبة للجنس أو النوع ، فالأطفال الصغار من الذكور تنطبق عليهم الفقرات بدرجة أكبر عما في حالة الأطفال الصغار من الإناث ، ونظراً لأن الغالبية العظمى للأطفال في التجربة الميدانية للدليل التشخيصي والإحصائي كانوا من الأولاد فإن عتبة الأعراض المرضية المختارة

ملائمة للأولاد بدرجة أكبر وإلى حد كبير جداً عن الإنـــاث (دو بــول وآخرون .DuPaul et al ، ١٩٩٩) .

٣- إن بداية حدوث أعراض اضطراب نقص الانتباه المـصحوب بالنـشاط الزائد عند عمر سبع سنوات ليس لها ما يبرره ، فـالفروق النوعيــة أو الكيفية ليست واضحة بالنسبة لمن تنطبـق علـيهم المعـايير (البدايــة المبكرة) وبين من لا تنطبق عليهم المعايير (البداية المتأخرة) فالبداية المبكرة قبل سن السابعة ربما تكون فيها أعراض مرضية أكثـر حـدة واستمرارية إلى جانب المزيد من المشكلات المتعلقة بمـستوى القـراءة والأداء المدرسي (تانوك وآخرون .Tannock et al ، ٢٠٠٠) .

٤- المدة المطلوبة التي تقدر بستة أشهر قصيرة للغاية ، ولا توجد بحـوث لاختبار وجود الأعراض المرضية خلال هذه المدة ، ومن المهم جداً أن تكون الأعراض المرضية موجودة ومستمرة بدرجة نـسبية إذا أردنـا التحقق من وجود الاضطراب كعجز يتعلق بالنمو ، وحينما تـستمر أو تدوم المشكلات لمدة ١٢ شهراً على الأقل تكون المـشكلات الـسلوكية متواصلة بدرجة عالية (كريستال وآخرون .Crystal et al ، ٢٠٠١) .

٥- من شروط الدليل التشخيصي والإحصائي أن تظهر الأعراض المرضية في أثنين على الأقل من ثلاث بيئات (الأسرة – المدرسـة – العمـل) حتى يمكن التحقق من انتشار الأعراض المرضية ، وأن يتفق اثنين من بين المصادر الثلاثة للمعلومات التي تتمثل فـي الوالـدين ، والمعلـم ، وصاحب العمل أو رئيس العمل على وجـود الأعـراض المرضــية ، واختلاف هذه المصادر يعكس اختلاف في سلوك الفرد مما يؤدى إلـى اختلاف الأحكام والقرارات ، والإصرار على مثل هذا الاتفاق ربما يقلل من انطباق معايير التشخيص على بعض الأفراد ، وأفضل حـل لهـذه

المشكلة هو دمج تقارير الوالدين وتقارير المعلمين مع بعضهما والاعتماد على الأحكام الموجودة في كلا المصدرين للمعلومات (متسيس وآخرون Mitsis et al. ، ٢٠٠٠) .

٦-١- أخيراً تعطى معايير الدليل التشخيصي والإحصائي إرشاداً ضئيلاً للكلينيكيين في حالة التشخيصات الفارقة للاضطراب لتمييزه عن الاضطرابات النفسية الأخرى التي ربما تتواجد معه ، فكما هو معروف فإن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يرتبط بمجموعات مختلفة من الاضطرابات الانفعالية والتعليمية والاجتماعية وبعض هذه الاضطرابات ينشأ مباشرة نتيجة لهذا الاضطراب ، بينما هناك اضطرابات أخرى تدل على وجود حالات مرضية مشتركة وأوجه عجز في التعلم ربما تكون مصاحبة أو تنشأ من اضطرابات أولية أو أساسية تتداخل مع اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، ويحتاج الكلينيكيون أن يكونوا على دراية بالأعراض المرضية الأساسية المصاحبة لهذه الاضطرابات وطبيعتها لكي يتمكنوا من التمييز بدقة بين اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وبين هذه الاضطرابات ويسجلوا وجودها المشترك أو تواجدها المنفصل عن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (باركلى Barkley ، ٢٠٠٣) ، وهذه الموضوعات أو القضايا المتعلقة بمعايير التشخيص الحالية للاضطراب يجب مناقشتها في الطبعات أو الإصدارات المستقبلية وعلى الرغم من ذلك فإن المعايير الحالية من أفضل المعايير المقدمة لقياس الاضطراب ، كما أنها تمثل تحسناً عن معايير التشخيص السابقة ومع بعض الانتباه والاهتمام بالقضايا أو الموضوعات التي سبق ذكرها فإنه من الممكن جعل معايير التشخيص الحالية أكثر دقة وأكثر إفادة ، وفي نفس الوقت يجب أن يكون الكلينيكيون على دراية بهذه المشكلات

وأن يفكروا في تعديل محكات التشخيص الحالية في ضوء الملاحظات التي تم سردها سابقاً .

تشخيص اضطراب المسلك :

مقارنة بين الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث (DSM-III) والدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل (DSM-III-R) :

قدم الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث معايير تشخيصية منفصلة لأربعة أنواع فرعية لاضطراب المسلك هي :

- العدواني غير المتوافق اجتماعياً Undersocialized Aggressive .
- غير العدواني غير المتوافق اجتماعياً Undersocialized Nonaggressive
- العدواني المتوافق اجتماعياً Socialized Aggressive
- غير العدواني المتوافق اجتماعياً Socialized Nonaggressive

وكان التشخيص يتطلب مدة ست شهور على الأقل ، وتضمن كل نمط خمسة سلوكيات توضح التعلق الاجتماعي Social Attachment أو النقص من ذلك ، وكانت معايير الأعراض المرضية المنفصلة تتطلب وجود عرض مرضي واحد فقط من أي من العرضين المرضيين بالنسبة لنمط العدوان غير المتوافق اجتماعياً ، ونمط العدوان المتوافق اجتماعياً أو وجود أربعة أعراض مرضية بالنسبة للنمط غير العدواني غير المتوافق اجتماعياً ، والنمط غير العدواني المتوافق اجتماعياً .

وقدم الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل قائمة مكونة من ١٣ عرضاً مرضياً ، ويجب أن يوجد منها ثلاثة على الأقل لمدة ست شهور لكي تنطبق المعايير وتتضمن معايير التشخيص ثلاث أنواع فرعية هي :

- **نمط المجموعة** Group Type وفي هذا النمط فإن مشكلات المسلك التي

تحدث بشكل رئيسي كنشاط للمجموعة مع الأقران كانت هي السائدة .

- **النمط الفرعي العدواني الانفــرادي** The Solitary Aggressive Subtype وفي هذا النمط فإن السلوك العدواني الجسدي تجاه الراشدين والأقــران كان هو السائد .
- **النمط الفرعي غير المميز** An Differentiated Subtype يتـضمن هـذا النمط الفرعي خليطاً من المعالم الكلينيكية التي يصعب تصنيفها .

وعلى العكس من ذلك ففي الدليل التشخيصي والإحصائي الثالـث لـم يكن هناك أي معايير إجرائية منفصلة إما بطريقة ضمنية أو بطريقة منفصلة لعمل تشخيص للنوع الفرعي .

ويقدم الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM-IV) قائمة لخمسة عشر عرضاً مرضياً تم تجميعها تحت أربعة أنماط فرعية هـي : العـدوان على الناس والحيوانـات ، وتـدمير الممتلكـات ، والخـداع أو الـسرقة ، والانتهاكات الخطيرة للقواعد ، ويتطلب التشخيص وجود ثلاثـة أعـراض مرضية أو أكثر خلال الأثنى عشر شهراً الماضية مع وجود عرض مرضى واحد على الأقل خلال الستة شهور الماضية وبالإضافة إلى ذلك يجب وجود ضعف دال من الناحية الكلينيكية في الأداء الوظيفي الاجتماعي والأكـاديمي أو المهني ، وتم تقديم نوعين فرعيين استناداً إلى عمر بداية الحـدوث مـع وجود عرض مرضى واحد على الأقل وهما : بداية الحدوث فـي مرحلـة الطفولة أي قبل عمر ١٠ سنوات ، وبداية الحدوث في مرحلة المراهقـة أي عدم وجود أعراض مرضية قبل عمر ١٠ سـنوات ، ولمعرفـة محكـات تشخيص الاضطراب وفقاً لمعايير الدليل التشخيصي والإحـصائي الرابـع المعدل للاضطرابات النفـسية (DSM-IV-TR) الـصادر عـن الجمعيـة

الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association (٢٠٠٠) يتم الرجوع للفصل الثاني من الكتاب .

ويميز الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية بين الأطفال الصغار الذين لديهم بداية حدوث مبكر أو حدوث متأخر لاضطراب المسلك ، فالأطفال الذين تظهر عليهم أعراض اضطراب المسلك في مرحلة الطفولة يظهرون عرضاً مرضياً واحداً على الأقل من أعراض الاضطراب وذلك قبل سن العاشرة ، بينما الأطفال الذين يبدأ حدوث الاضطراب لديهم في مرحلة المراهقة لا يظهرون ذلك (لاهي وولدمان Lahey & Waldman ، ٢٠٠٣) ، والأطفال الذين تظهر عليهم أعراض اضطراب المسلك في مرحلة الطفولة من المحتمل أن يكونوا من البنين الذين يظهرون المزيد من الأعراض المرضية العدوانية ، ويستمرون في سلوكياتهم المعادية للمجتمع بمرور الوقت ، وعلى العكس فالأطفال الذين يبدأ حدوث اضطراب المسلك لديهم في مرحلة المراهقة من المحتمل أن يكونوا من بين البنين والبنات ولا يظهرون الحدة ، والحالة المرضية النفسية التي تميز الأطفال الذين يحدث لهم هذا الاضطراب في بداية مرحلة الطفولة يكونون أقل احتمالاً أن يرتكبوا جرائم عنيفة أو يستمرون في سلوكياتهم المعادية للمجتمع عندما يكبرون في السن (ماش وولف Mash & Wolfe ، ٢٠٠٧) .

ومما يجب التأكيد عليه أن اضطراب المسلك ليس له حد عمر أدنى ، ففي الطفل الذي يقل عمره عن ١٠ سنوات فإن الوجود المتكرر لسلوك واحد فقط من الـ ١٥ سلوك الموجودة في محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية تكون كافية للتشخيص ، وبالتالي فحتى الطفل الذي في سن ما قبل المدرسة الذي أظهر عدواناً خطيراً متكرراً بقصد

إلحاق الضرر تنطبق عليه محكات التشخيص بالنسبة لاضطراب المسلك .

القضايا المرتبطة بمعايير/ محكات تشخيص اضطراب المسلك :

أوضحت نتائج عديد من الدراسات أن كل عرض مرضى من الـ ١٥ عرضاً مرضياً كان له علاقة موجبة في التنبؤ بتشخيص اضطراب المسلك ، ولكن هناك عدد من المشكلات صعبة الحل أو العويصة مع هذه القائمة الكبيرة والمتنوعة بالإضافة إلى وجود عتبة منخفضة للوفاء بالمعايير التشخيصية ، وكما أوضحنا من قبل يجب أن يكون هناك على الأقل سبعة أعراض من الخمسة عشر عرض تتكون من أعمال غير قانونية (خارجة عن القانون) ، وبالتالي فمن المحتمل أن معظم الشباب الصادر بحقهم أحكام يكونون منحرفين وتنطبق عليهم معايير اضطراب المسلك ، ومع ذلك فإن الكثير من الشباب المنحرفين من الناحية القانونية لا يحصلون على درجات عالية في المقاييس البُعدية التي تقيس العدوان غير المتوافق اجتماعياً أو العدوان المتوافق اجتماعياً ، ولكن في أبعاد الاضطراب لا يتم اعتبارهم فوضويين أو ليس لديهم درجات عالية في أي بعد للاضطراب . .

وأخيراً فإذا كان عمر بداية الحدوث لا يسفر عن مجموعات فرعية مشابهة للأنماط السابقة لاضطراب المسلك غير المتوافق اجتماعياً مقابل اضطراب المسلك المتوافق اجتماعياً يتم تجاهل قدر كبير من البحوث التي توضح الفروق الدالة في هذه الأنواع الفرعية (كواى Quay ، ١٩٩٩) .

اضطراب العناد والتحدي :

تتبع سير الاضطراب في محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث ، والثالث المعدل ، والرابع :

وصف الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث (DSM-III) اضطراب

العناد على أنه نمط من العصيان والسلبية والمعارضة الاستفزازية لمن يمثلون السلطة ، والمعايير التشخيصية تقضى بوجود بداية للحدوث بعد سن الثالثة وقبل سن الثمانية عشر ، ويستمر الاضطراب لمدة ستة شهور ، ووجود عتبة لعرضين مرضيين على الأقل من بين الأعراض المرضية الخمسة ، ولكن بدون وجود انتهاكات للحقوق الأساسية للآخرين أو المعايير المجتمعية الرئيسية أو القواعد الملائمة للعمر كما في اضطراب المسلك .

وتمت إضافة كلمة التحدي لعنوان هذا الاضطراب وذلك في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل (DSM-III-R) حيث تم وصف هذا الاضطراب كنمط للسلوك السلبي والعدواني والذي يمثل تحدياً وذلك بدون الانتهاكات الأكثر خطورة للحقوق الأساسية للآخرين كما في اضطراب المسلك ، وقد لوحظ أيضاً أن الحالات التي تم تشخيصها كاضطراب في المسلك كانت لديها جميع الأعراض المرضية لاضطراب العناد والتحدي ، ومن ثم يمكن القول أن تشخيص اضطراب المسلك استحوذ على تشخيص اضطراب العناد والتحدي ، فالدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل قدم قائمة مكونة من تسعة أعراض مرضية ، ويجب أن يكون هناك خمسة أعراض مرضية على الأقل ولمدة ستة شهور ، وعلاوة على ذلك فإن المعيار يكون منطقياً عندما يكون السلوك متكرراً بدرجة أكبر مما في حالة معظم الأفراد الذين لديهم نفس العمر الزمني .

ويعتبر اضطراب العناد والتحدي في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع سلوكاً عدائياً يتسم بالتحدي يستمر على الأقل لمدة ستة شهور مع توافر أربعة معايير على الأقل من بين معايير التشخيص ، ومعايير التشخيص أو قائمة الأعراض المرضية هي نفس القائمة الموجودة في الدليل

التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل ، ولكن مع حذف يحلف في أغلب الأحيان ، ويستخدم لغة بذيئة ، ويتم اعتبار المعيار منطبقاً إذا كان السلوك يحدث بطريقة أكثر تكراراً عما تتم ملاحظته بطريقة نمطية عند الأفراد الذين لديهم نفس العمر الزمني والمستوى النمائي ، ويسبب الاضطراب ضعفاً ذو دلالة من الناحية الكلينيكية وذلك في الأداء الوظيفي الأكاديمي أو المهني ، ويظل تشخيص اضطراب المسلك له حق الأولوية فيما يتعلق بتشخيص اضطراب العناد والتحدي .

ويوجد تداخل كبير بين الأعراض المرضية الخاصة باضطراب المسلك ، وأعراض اضطراب العناد والتحدي ، كما أن هناك خلافاً أيضاً حول ما إذا كان اضطراب العناد والتحدي هو اضطراب منفصل عن اضطراب المسلك ، وهل هو نسخة أولية أقل اعتدالاً أم انعكاساً لنفس الأعراض وأوجه العجز الرئيسية لاضطراب المسلك (لاهي ووالدمان Lahey & Waldman ، ٢٠٠٣) وتظهر أعراض اضطراب العناد والتحدي عادة قبل ظهور أعراض اضطراب المسلك بحوالي سنتين إلى ثلاث سنوات أي في سن السادسة من العمر مقابل التاسعة من العمر بالنسبة لاضطراب المسلك ؛ وحيث إن أعراض اضطراب العناد والتحدي تظهر أولاً فمن الممكن أن تكون مؤشرات أولية لاضطراب المسلك بالنسبة لبعض الأطفال ، ومع ذلك فإن معظم الأطفال الذين يظهرون أعراض اضطراب العناد والتحدي لا يتقدم بهم الحال إلى حدوث المزيد من الأعراض الحادة لاضطراب المسلك ، فعلى الأقل هناك نسبة تصل إلى ٥٠% من الأفراد يستمر تشخيصهم بما يفيد وجود اضطراب العناد والتحدي بدون تقدم أو تطور لحدوث اضطراب آخر ، وهناك نسبة تصل إلى ٢٥% من الأفراد يكفون تماماً عن إظهار أو عرض المشكلات المتعلقة باضطراب العناد

والتحدي (بيل Bell ، ٢٠٠٦) .

وبالتالي يعد اضطراب العناد والتحدي بالنسبة لمعظم الأطفال تغيراً إنمائياً وليس بالضرورة أن يكون مؤشراً يشير إلى تصعيد أكثر شدة وخطورة لاضطراب المسلك (ماش وولف Mash & Wolfe ، ٢٠٠٧) وعلى النقيض من ذلك هناك حالات من اضطراب المسلك يسبقها في الغالب اضطراب العناد والتحدي ، وجميع الأطفال تقريباً الذين لديهم اضطراب المسلك يستمرون في إظهار أعراض اضطراب العناد والتحدي (برينكمير Brinkmeyer ، ٢٠٠٦) وتوجد معدلات منخفضة لاضطراب المسلك عند الأطفال الصغار تنتج من طبيعة معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية ، فالدليل التشخيصي يحدد نفس الأعراض المرضية بالنسبة لتشخيص اضطراب المسلك في جميع الأعمار حتى على الرغم من أن الكثير من هذه الأعراض لا تنطبق على الأطفال الصغار (على سبيل المثال اقتحام المنازل والهروب من المدرسة) ، وبالتالي فإن المعدلات الأقل انخفاضاً في اضطراب المسلك عند الأطفال الصغار من الممكن أن تعكس استخدام نظام تشخيصي غير متوافق مع العمر الزمني للطفل (ماش وولف Mash & Wolfe ، ٢٠٠٧) .

وتوجد بيانات تؤكد فكرة أن اضطراب العناد والتحدي يتطور ليصبح اضطراب المسلك في بعض الحالات ، وذلك على الرغم من أن ذلك يعدُ مثار جدل أو نزاع فالأطفال الذين لديهم سلوك انحرافي حاد في عمر معين هم الأطفال الذين يكونون أكثر احتمالاً أن يعرضوا أو يظهروا مثل هذا السلوك في مرحلة لاحقة من حياتهم ومما يجب الإشارة إليه أن اضطراب المسلك يمكن أن يستمر في حوالي ٥٠% من الحالات (بارتون Barton ،

. (٢٠٠٣)

تشخيص اضطراب العناد والتحدي :

توضح الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association (٢٠٠٠) أن المعايير التشخيصية الرسمية لتشخيص اضطراب العناد والتحدي هي معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (DSM-IV-TR) وللإطلاع على محكات التشخيص يتم الرجوع للفصل الثاني من الكتاب .

ويظهر الأطفال الذين لديهم اضطراب العناد والتحدي سلوكاً يتسم بالمجادلة والعصيان ، ولكنهم على عكس الأطفال ذوى اضطراب المسلك يمكن أن يكونوا عدوانيين ويميلون إلى تحطيم ممتلكات الآخرين وعلى عكس الأطفال الذين يعانون من اضطراب المسلك فإن الأطفال الذين يعانون من اضطراب العناد والتحدي ليسوا عدوانيين نحو الآخرين أو الحيوانات ، ولا يدمرون الممتلكات ، ولا يظهرون نمطاً يعبر عن السرقة والخداع .

وتبدأ أعراض اضطراب العناد والتحدي عادة في سن مبكرة أثناء أو عندما يبدأ الطفل في المشي وفي سنوات ما قبل المدرسة ، ومع ذلك هناك بعض الأطفال الذين يظهر لديهم أعراض الاضطراب ولكنهم يتخلصون من هذه الأعراض أو السلوكيات قبل مرحلة الطفولة المتأخرة أو مرحلة المراهقة المبكرة ، إلا أن هناك مجموعة فرعية من الأطفال الذين لديهم اضطراب العناد والتحدي ولاسيما الأطفال الذين يميلون إلى العدوان يستمرون في الاضطراب ليصبح لديهم اضطراب المسلك ، وفي الحقيقة يبدو جميع الأطفال تقريباً الذين تتطور معهم الحالة ليصبح اضطراب المسلك أثناء وجودهم في المدرسة الابتدائية كان لديهم اضطراب العناد والتحدي في

السنوات المبكرة من حياتهم (بيوبر Bubier ، ٢٠١٠) .

وبصفة عامة لا يتم تشخيص اضطراب العناد والتحدي عند الأطفال الذين تتراوح أعمارهم فيما بين عام ونصف إلى ثلاث سنوات عندما ينظر إلى السلوكيات المشابهة على أنها سلوكيات معيارية بالنسبة للمجموعة العمرية ، فمثلاً نوبات الغضب تعتبر معياراً من معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل بالنسبة لاضطراب العناد والتحدي ، ومع ذلك فإن نوبات الغضب تعتبر سلوكيات شائعة عند الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من ٢ – ٣ سنوات ، وبعد سن الثالثة يصبح الأطفال أكثر قدرة على التعبير عن احباطاتهم بطرق مقبولة من الناحية الاجتماعية ، ويتم تشخيص اضطراب العناد والتحدي بشكل أفضل في السنوات المبكرة في المدرسة أو في سن ما قبل المدرسة (ألزوف وآخرون Althoff et al. ، ٢٠٠٣) .

هل اضطراب العناد والتحدي واضطراب المسلك مجموعة من الأعراض المرضية المستقلة :

إن إضافة اضطراب العناد (اضطراب العناد والتحدي فيما بعد) إلى الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية كان مثار جدل من البداية ، وذلك يرجع جزئياً إلى نقص الأساس العملي المتين للاضطراب الذي يؤكد على أنه اضطراب منفصل عن اضطراب المسلك ، والسبب الواضح وراء إضافة اضطراب العناد والتحدي هو تردد أو ممانعة الكلينيكيين في أن يشخصوا الطفل ولاسيما الطفل الأصغر سناً تشخيصاً يفيد بوجود اضطراب المسلك (كواى Quay ، ١٩٩٩) .

ويرى كاتب هذه السطور أنه يمكن عمل تصور ذهني للتمييز بين اضطراب العناد والتحدي واضطراب المسلك وذلك بثلاث طرق على الأقل

ككيانات متميزة لنفس السبب المرضي ؛ حيث يتقدم بعض الشباب مع مرور الوقت من الأعراض المرضية الأقل حدة (اضطراب العناد والتحدي) إلى الأعراض المرضية الأكثر حدة (اضطراب المسلك) ، أو كاضطرابين متميزين بدرجة كبيرة مع وجود عامل أو أكثر من العوامل المتعلقة بسبب الاضطراب أو المرض المشترك أو المشاع ، والاحتمال الثالث هو أن اضطراب العناد والتحدي واضطراب المسلك قد يكونا اضطرابين متميزين ولكنهما مرتبطان بدرجة عالية جداً لدرجة أنهما يحدثان غالباً في آن واحد .

كما يرتبط اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي ببعضهما وذلك لأنهما يندرجان في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع والرابع المعدل تحت مسمى واحد وهو اضطرابات السلوك الفوضوي ، ومن المنظور النمائي فإن الكثير من المعايير الإجرائية لاضطراب العناد والتحدي واضطراب المسلك مرتبطان من حيث العمر الزمني ، فالأعراض المرضية لاضطراب العناد والتحدي تعتبر جميعها داخل القدرة الجسدية والعقلية التي يستطيع أن يؤديها الطفل البالغ من العمر أربع سنوات ، وعلى العكس فإن بعض الأعراض المرضية لاضطراب المسلك على سبيل المثال استخدام الأسلحة ، والسرقة مع مواجهة الضحية ، وممارسة الجنس بالإكراه أو الإجبار ، والاقتحام والدخول ، والهروب من المدرسة هي ببساطة ليست في المستودع السلوكي للغالبية الساحقة للأطفال الذين في عمر ما قبل المدرسة أو الأطفال الذين في عمر دخول المدرسة أو أطفال المدرسة الابتدائية .

كما توضح غالبية البحوث التي أجريت على عينات غير كلينيكية أن مثل هذه الأعراض المرضية كالتهديد والقسوة على الحيوانات ، ونوبات الغضب ، والاعتداءات الجسمية ، والعصيان أو عدم الطاعة في البيت تقل

مع مرور العمر الزمني ، وهذه الأعراض المرضية تعد مؤشراً للعناد والتحدي ، وعلى العكس من ذلك فإن السلوكيات التي تدل على اضطراب المسلك الخفي مثل الهروب من المدرسة واستخدام الماريجوانا والخمر ، والسرقة تزداد مع التقدم في العمر ، كما أن الأعراض المرضية المنحرفة غير العدوانية ترتبط باضطراب المسلك الذي يبدأ حدوثه في مرحلة المراهقة .

وبالتالي فإن الأطفال الأصغر سناً يمكن أن تنطبق عليهم المعايير بالنسبة لاضطراب العناد والتحدي بدون انطباق المعايير المتعلقة باضطراب المسلك ، بينما الأطفال الأكبر سناً الذين تنطبق عليهم المعايير المتعلقة ببداية حدوث اضطراب المسلك في مرحلة الطفولة تنطبق عليهم أيضاً المعايير المتعلقة باضطراب العناد والتحدي مما يمثل باعثاً لقاعدة الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع أن تستبعد تشخيص اضطراب العناد والتحدي إذا انطبقت معايير اضطراب المسلك لأي نوع فرعي ، كما تؤكد الاعتبارات التنموية أن اضطراب العناد والتحدي يكون اضطراباً أقل حدة ولكنه يمثل نذيراً أو بشيراً لحدوث اضطراب المسلك (على الأقل النوع الفرعي الذي يبدأ حدوثه في مرحلة الطفولة) ، وحينئذ يتضح احتمالية التقدم من اضطراب العناد والتحدي إلى اضطراب المسلك .

واعتبار اضطراب العناد والتحدي واضطراب المسلك اضطرابين مستقلين يمكن أن يتم تدعيمه إذا أمكن :

١- توضيح أن الاضطرابين يمثلان مجموعة من الأعراض المرضية المستقلة وذلك من خلال التحليل الإحصائي .

٢- توضيح أن الاضطرابين لهما علاقات فارقة مع متغيرات أخرى بما في

ذلك الفروق أو الاختلافات في سبب المرض والاستجابة للعلاج .

وأوضحت مراجعة مجموعة من الدراسات الإحصائية المتعددة المتغيرات وجود نتائج متسقة لكل من اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي ، فأبعاد اضطراب المسلك يتم وصفها أو تمييزها غالباً بالعدواني غير المتوافق اجتماعياً ، والعدواني المتوافق اجتماعياً ، ومن بين الثمانية أعراض المرضية التي جاءت في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية فيما يتعلق باضطراب العناد والتحدي كان هناك ثلاثة أعراض مرضية (الغضب ، والتحدي ، وشدة الحساسية) لها ما يناظرها بين الخمسة عشر عرضاً مرضياً التي توجد غالباً في مجموعة الأعراض المرضية الخاصة بالسلوك العدواني غير المتوافق اجتماعياً ، ومن بين الخمسة عشر عرضاً مرضياً لاضطراب المسلك كما جاء في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية وهي إلحاق الأذى بمن هم أضعف منه ، والشجار ، وتدمير الممتلكات ، والكذب والتي تظهر في مجموعة السلوك غير المتوافق اجتماعياً ، وثلاثة أعراض (الهروب من البيت ، والسهر خارج المنزل حتى وقت متأخر ، والهروب من المدرسة) التي تظهر في مجموعة السلوك العدواني المتوافق اجتماعياً .

ومع ذلك فهذه المقارنات تترك خمسة أعراض مرضية لاضطراب العناد والتحدي حسب ما ورد في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل ، وثمانية أعراض مرضية تتعلق باضطراب المسلك ولم يتم الإشارة إليها في هذه الدراسات المتعددة المتغيرات ، وهذا لا يعنى أن هذه الأعراض المرضية لم تظهر أبداً في أي دراسة متعددة المتغيرات ، وهذه الأعراض المرضية الخمسة لاضطراب العناد والتحدي والثمانية أعراض مرضية

لاضطراب المسلك لم توجد بشكل متكرر في العامين المتعلقين باضطراب المسلك .

وفي دراسة لتقديرات الوالدين لعينة تبلغ ٨١٩٤ طفلاً ومراهقاً من الجنسين تبلغ أعمارهم ٦ – ١١ عاماً ممن تم تحويلهم لخدمات الصحة النفسية الأمريكية والهولندية توصل أكينباتش وآخرون .Achenbach et al (١٩٨٩) إلى وجود بعدين لاضطراب المسلك لدى الأولاد والبنات الأصغر سناً (٦ – ١١ عاماً) والأكبر سناً (١٢ – ١٦ عاماً) وتم وصف هذه الأبعاد على أنها " العدواني " ، و" المنحرف " ، ويحتوي العامل العدواني على ١٩ فقرة ، ويتضمن خمسة أعراض مرضية من الثمانية أعراض مرضية المتعلقة باضطراب العناد والتحدي المدرجة بالدليل التشخيصي والإحصائي الرابع منها له مزاج أو طبع حاد ، ويتجادل ، ويتحدى ويكون سريع الغضب أو شديد الحساسية ، وغاضب ، ومستاء أو متجهم ، كما يتضمن هذا العامل العدواني عرضين مرضيين من الخمسة عشر عرضاً مرضياً لاضطراب المسلك المدرجة بالدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية هما إلحاق الأذى بمن هم أضعف منه ، والمشاجرات من الناحية الجسمية ، ولم يظهر أي من الأعراض المرضية لاضطراب العناد والتحدي الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع على العامل الثاني المتعلق بالسلوك المنحرف ، ومع ذلك هناك ستة أعراض من بين الخمسة عشر عرضاً مرضياً لاضطراب المسلك طبقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية تظهر في هذا العامل وهي إشعال الحرائق ، وتدمير الممتلكات ، والسرقة (خارج المنزل) ، والهروب من البيت ، والهروب من المدرسة ، وعلى أساس هذه العينة الكبيرة لتقديرات الوالدين يصعب المجادلة بالنسبة لبعد اضطراب العناد والتحدي الذي كان مستقلاً عن البعد العدواني لاضطراب المسلك ، كما أن هناك دليل مقنع جداً

بوجود بعدين لاضطراب المسلك أحدهما يفترض الأعراض المرضية التي لا تنتهك المعايير أو القوانين المجتمعية .

وفي دراسة لعينة تضمنت ٢٦٠٠ فرداً تتراوح أعمارهم من ٦ – ١٦ سنة تم تقديرهم أو تقييمهم عند تلقيهم لخدمات الصحة النفسية إلى جانب عينة أخرى تضم ٢٦٠٠ فرداً أيضاً مماثلين من الناحية الديموجرافية أو السكانية لأفراد العينة الأولى ولكن لم يتم تحويلهم إلى خدمات الصحة النفسية وجد أكينباتش وآخرون .Achenbach et al (١٩٩١) زيادة مدى الدرجات التي تتعلق بالبعد المنحرف بزيادة العمر الزمني ، وانخفاض مدى الدرجات المتعلقة بالبعد العدواني مع انخفاض العمر الزمني ، ونظراً لطبيعة الفقرات في هذه الأبعاد فإن هذه النتيجة كانت متوقعة .

وفي الآونة الأخيرة تم تناول المشكلة باستخدام المقاييس متعددة الأبعاد لبيان المدى الذي تظهر فيه الأعراض المرضية الخاصة باضطراب المسلك أو اضطراب العناد والتحدي وتم التفكير في حلين هما :

الحل الأول : عبارة عن بعد واحد ثنائي القطبين ، في الطرف الأول أو القطب الأول أعراض اضطراب المسلك وأعراض اضطراب العناد والتحدي ، وفي القطب الثاني السلوك العدواني المستتر أو المتوافق اجتماعياً وهذا الحل يتفق مع نتائج العديد من الدراسات السابقة التي أشارت أو وصفت مصطلحات اضطراب المسلك الظاهر ، و اضطراب المسلك المستتر .

الحل الثاني : عبارة عن بعدين ثنائيين القطبين ، البعد ثنائي القطب الأول هو البُعد التدميري مقابل البُعد غير التدميري والبعد ثنائي القطب الثاني هو البعد الظاهر أو الواضح مقابل البعد المستتر أو الخفي ويحتوى أو يتضمن الربع التدميري المستتر على التخريب والسرقة وإشعال

الحرائق والكذب ، وتم وصفه أو تسميته انتهاك الممتلكات ، ويتضمن الربع التدميري الظاهر الهجوم ، والحقد ، والقسوة ، والتشاجر ، والاستقواء على الضعيف وإلحاق الأذى به ، ولوم الآخرين وتم وصفه أو تسميته العدوان ، وتضمن الربع غير التدميري المستتر أو الخفي الهروب من المدرسة ، وسوء استخدام المادة ، وانتهاك القواعد وتم تسميته انتهاكات الحالة ، وتضمن الربع الأخير غير التدميري الظاهر الطبع الحاد ، والتحدي والمجادلة ، والعناد ، ومضايقة الآخرين ، وسرعة الغضب وتم تسميته العناد أو المعارضة ، والشكل التخطيطي التالي يوضح ذلك .

البعد الظاهر أو الواضح

البعد غير التدميري			البعد التدميري
	الطبع الحاد والتحدي والمجادلة والعناد ومضايقة الآخرين وسرعة الغضب (العناد والمعارضة)	الهجوم والحقد والقسوة والتشاجر والاستقواء على الضعيف وإلحاق الأذى به ، ولوم الآخرين (العدوان)	
	الهروب والتزويغ من المدرسة وسوء استخدام المادة وانتهاك القواعد (انتهاكات الحالة)	التخريب والسرقة وإشعال الحرائق والكذب (انتهاك الممتلكات)	

البعد المستتر أو الخفي

شكل تخطيطي يوضح أبعاد اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي

وظهور هذا القطب (العناد أو المعارضة) هو الذي يقدم الدليل على استقلالية زمرة أو مجموعة الأعراض المرضية المتعلقة بالعناد أو المعارضة وهذا القطب يحتوى على ستة أعراض من الأعراض الثمانية المميزة لاضطراب العناد والتحدي بالدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل

للاضطرابات النفسية وهذه الأعراض هي المزاج أو الطبع الحاد ، والجدل ، والتحدي ، ومضايقة الآخرين ، وشدة الحساسية ، والغضب ، ومن الأمور الشيقة والهامة في نفس الوقت أن التسعة أعراض لاضطراب المسلك في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع تنتشر حول الثلاثة أرباع الباقية بما يوحى بإمكانية وجود ثلاثة أنواع فرعية سلوكية لاضطراب المسلك .

خلاصة القول فإن الحل ذو القطبين يسمح لنا أو يؤكد لنا استقلالية اضطراب العناد والتحدي عن اضطراب المسلك كمجموعة أعراض مرضية لاضطرابات السلوك الفوضوي .

الطرق البديلة للتصنيف :

تصنيف اضطراب السلوك الفوضوي وفقاً لمحكات التصنيف الدولي العاشر للاضطرابات السلوكية والعقلية :

محكات التصنيف الدولي العاشر للاضطرابات السلوكية والعقلية :

تتمثل المحكات التشخيصية لاضطراب السلوك الفوضوي وفقاً للتصنيف الدولي العاشر للاضطرابات السلوكية والعقلية العاشر International Classification of Mental and Behavioral Disorders (ICD-10) الصادر عن منظمة الصحة العالمية World Health Organization (١٩٩٢) بجنيف في :

أولاً : اضطراب النشاط الحركي الزائد Hyperkinetic Disorder

تركيبة من السلوك المفرط النشاط مع وجود :

- عدم انتباه ملحوظ ونقص في المثابرة أو الاستمرار .
- كلاً من الانتباه الردئ والنشاط المفرط ضروريان للتشخيص .
- بداية حدوث الاضطراب قبل سن ٦ سنوات .

الأنواع الفرعية :

- اضطراب النشاط والانتباه .
- انطباق معايير الحركة المفرطة .
- انطباق المعايير لكلا اضطراب الحركة المفرطة واضطراب المسلك .

ثانياً : اضطراب المسلك :

المجموعة الأولى :

وجود نمط متكرر (دائم) ومستمر للسلوك تنتهك فيه الحقوق الأساسية للآخرين أو المعايير والقواعد الاجتماعية المناسبة للعمر الزمني للفرد ، ويستمر هذا النمط لمدة ستة أشهر تحدث خلالها الأعراض المرضية الآتية :

١- يعانى الفرد من نوبات الغضب ، وحدة المزاج التي تناسب مستواه النمائي .
٢- يجادل الكبار .
٣- يرفض بإصرار مطالب الكبار ويتحدى تعليماتهم .
٤- يعمل الأشياء التي تضايق الآخرين بصورة متعمدة وواضحة .
٥- يلوم الآخرين على أخطائه أو سلوكه السيء .
٦- يسهل مضايقته من الآخرين .
٧- غاضباً ورافضاً باستمرار .
٨- غالباً ما يكون حاقداً أو انتقامياً .
٩- يكذب ويخلف وعوده للحصول على امتيازات أو بضائع أو ليتجنب التعهدات والالتزامات التي قطعها على نفسه .
١٠- يبدأ الشجار والعراك الجسمي بصورة متكررة (لا تتضمن الشجار

مع الأخوة) .

١١- يستخدم أسلحة تسبب أذى جسمي للآخرين (مثل العصي والطوب والزجاجات المكسورة والسكين والأسلحة النارية ... إلخ) .

١٢- يسهر خارج المنزل ليلاً دون اعتبار لأوامر والديه ويظهر ذلك قبل سن ١٣ سنة .

١٣- يظهر وحشية جسدية نحو الأشخاص الآخرين (مثل التقييد ، وإحداث الجروح ، أو حرق الضحية) .

١٤- يظهر وحشية جسدية نحو الحيوانات .

١٥- يحطم ممتلكات الآخرين بشكل متعمد وبأسلوب ما غير إشعال النيران .

١٦- يتعمد إشعال النيران بقصد إحداث أضرار جسيمة بممتلكات الغير .

١٧- يسرق أشياء قيمة بدون مواجهة الضحية إما داخل المنزل أو خارجه (مثل سرقة المعروضات ، والسطو على المنازل ليلاً ، والتزييف) .

١٨- يتغيب عن المدرسة بدون إذن ويظهر ذلك قبل سن الثالثة عشر .

١٩- يتكرر هروبه من البيت مرتين على الأقل أو يهرب مرة واحدة لمدة طويلة (لا يتضمن ذلك ترك البيت لتجنب الإساءة البدنية أو الإساءة الجنسية) .

٢٠- يرتكب جريمة تتضمن المواجهة مع الضحايا (مثل خطف حافظة النقود والابتزاز والسرقة بالتهديد والاغتصاب وقطع الطريق ... إلخ) .

٢١- يجبر شخص آخر على مضاجعته جنسياً .

٢٢- يتنمر على الآخرين ويهددهم ويرعبهم (مثل تعمد توجيه ضربة

تحدث الألم والأذى ، وتكرار التخويف ، والتعذيب ، والمضايقة) .

٢٣- يحطم منزل شخص آخر أو يحطم مبنى أو سيارة .

ملحوظة : الأعراض التي تحمل أرقام ١١ ، ١٣ ، ١٥ ، ١٦ ، ٢٠ ، ٢١ ، ٢٣ تحتاج إلى أن تحدث مرة واحدة فقط لكي يتم تشخيص اضطراب المسلك .

المجموعة الثانية :

لا تتفق محكات تشخيص الاضطراب مع محكات تشخيص كل من اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع أو الفصام أو أحداث الهوس Manic Episode أو الأحداث الاكتئابية أو الاضطراب الإنمائي السائد Pervasive Developmental Disorder (PDD) أو اضطراب النشاط الزائد وإذا اتفقت محكات تشخيص الاضطراب مع محكات تشخيص أي من الاضطرابات السابقة فإن التشخيص يكون اضطراب سلوكي انفعالي مختلط .

ويصنف الاضطراب وفقاً للعمر الزمني إلى :

- **النوع الذي يبدأ حدوثه في مرحلة الطفولة : يحدث قبل سن ١٠ سنوات .**
- **النوع الذي يبدأ حدوثه في مرحلة المراهقة : يحدث بعد سن ١٠ سنوات .**

المجموعة الثالثة :

يصنف اضطراب المسلك حسب شدته إلى ثلاثة مستويات هي :

أ- اضطراب خفيف (معتدل) :

توجد مشكلات سلوكية قليلة تفي بالتشخيص ولكنها تسبب أذى بسيطاً للآخرين .

ب- اضطراب متوسط :

تكون شدة المشكلات السلوكية وتأثيرها على الآخرين وسط بين المستوى الخفيف والمستوى الحاد أو الشديد .

ج- اضطراب حاد :

توجد مشكلات سلوكية عديدة بصورة متزايدة عما يتطلبه إجراء التشخيص ، وتسبب إيذاءً شديداً للآخرين مثل الإيذاء البدني الشديد ، والتخريب المتعمد للمتكلات ، والسرقة .

المجموعة الرابعة :

يصنف اضطراب المسلك إلى الأنواع التالية :

١- اضطراب المسلك المقتصر على إطار الأسرة :

- يجب توافر المحك العام لاضطراب المسلك (وجود نمط متكرر ومستمر للسلوك تنتهك فيه الحقوق الأساسية للآخرين أو المعايير والقواعد الاجتماعية المناسبة للعمر الزمني للفرد ، ويستمر هذا النمط لمدة ستة أشهر يحدث خلالها مجموعة من الأعراض) .
- أن توجد ثلاثة أو أكثر من الأعراض المذكورة في قائمة المجموعة الأولى مع ثلاث على الأقل من البنود ٩ - ٢٣ .
- أن يوجد على الأقل واحد من الأعراض من بين البنود من ٩ - ٢٣ لمدة ستة أشهر .
- أن يكون اضطراب المسلك محدداً بالإطار الأسرى .

٢- اضطراب المسلك غير الاجتماعي :

- يجب توافر المحك العام لاضطراب المسلك .
- أن توجد ثلاث أو أكثر من الأعراض المذكورة في محكات المجموعة الأولى مع ثلاثة على الأقل من البنود ٩ - ٢٣ .
- أن يوجد على الأقل واحد من الأعراض المذكورة من ٩ - ٢٣ لمدة ستة أشهر .
- أن يوجد بصورة قاطعة ضعف في العلاقات مع مجموعة الأقران ورفاق

الشخص ، كما يتضح في العزلة أو الرفض أو عدم الشعبية ، ونقــص الصداقات الحميمة المتبادلة الدائمة .

٣- اضطراب المسلك الاجتماعي (ذي الصبغة الاجتماعية) :

- يجب توافر المحك العام لاضطراب المسلك .
- أن توجد ثلاث أو أكثر من الأعراض الخاصة بالاضطراب والمذكورة في محكات المجموعة الأولى مع ثلاث على الأقل من الأعراض المــذكورة في البنود من ٩ – ٢٣ .
- أن يوجد على الأقل واحد من الأعراض المذكورة في البنود من ٩ – ٢٣ لمدة ستة أشهر .
- العلاقات مع الرفاق تكون داخل الحدود العادية .

ثالثاً : اضطراب العناد والتحدي :

الملمح الأساسي هو وجود نمط لسلوك سلبي مستمر وعدواني ويتــسم بالتحدي والاستفزاز وسلوك فوضوي خارج المدى الطبيعي ولكنه لا يتضمن الانتهاكات الأكثر خطورة لحقوق الآخرين كما في اضطراب المسلك .

- أن توجد أربعة أو أكثر من الأعراض المذكورة في محكــات المجموعــة الأولى ، ولكن مع عدم وجود أكثر من عرضين من الأعراض المذكورة في البنود من ٩ – ٢٣ .
- الأعراض في المحك السابق يجب أن تكون غير متوافقة وغير متسقة مع المستوى النمائي .
- وجود أربعة أعراض- على الأقل- خلال الستة شهور الماضية .
- إذا انطبقت معايير اضطراب المسلك فإن التشخيص يحتل الأولوية .

ومن خلال عرض المحكات الــسابقة لاضــطراب نقــص الانتبــاه

المصحوب بالنشاط الزائد ، واضطراب المسلك ، و اضطراب العناد والتحدي ، فإن المحكات الخاصة بكل منهم في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM-IV) نجد أن لها ما يناظرها في التصنيف الدولي العاشر للاضطرابات السلوكية والعقلية من أعراض مرضية متشابهة ومعايير لعمر بداية الحدوث والمدة والانتشار ، ومع ذلك فإن الضعف كمعيار لا يظهر بصورة رسمية في التصنيف الدولي للأمراض ولكن يفهم ضمنياً في السرد ، كما أن عدد الأعراض المرضية اللازمة للتشخيص في التصنيف الدولي العاشر للاضطرابات السلوكية (العتبة) لا يتم التعامل معه بصورة رسمية كما هو الحال في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع ، وتكمن الفروق الجوهرية بين أنماط اضطراب السلوك الفوضوي للنظامين بشكل واضح في عمل الأنواع الفرعية لكل من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، واضطراب المسلك ، فالتصنيف الدولي للأمراض يتضمن تشكيلة متجانسة للأنواع الفرعية الثلاثة لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد داخل نوع فرعي واحد ، كما أن تشخيص اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يأخذ أو يحتل الأولوية أو الأسبقية على تشخيص اضطراب المسلك ، والأنواع الفرعية لاضطراب المسلك في التصنيف الدولي للأمراض تقوم على الفروق أو الاختلافات السلوكية وليس بالأحرى على عمر بداية حدوث الاضطراب ، والأنواع الفرعية المتعلقة باضطراب المسلك العدواني غير المتوافق اجتماعياً واضطراب المسلك العدواني المتوافق اجتماعياً تكون قريبة إلى حد كبير من الأنواع الفرعية الموجودة في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث ، ولم يتضمن أي نسخة من الدليل التشخيصي والإحصائي النوع الفرعي المقتصر على السياق الأسرى أو على إطار الأسرة .

كما قدم عدد من الباحثين تصنيفاً جديداً لاضطراب المسلك وفقاً للسمات السطحية للسلوك العدواني عند الطفل ؛ حيث قسما السلوك العدواني إلى سلوك عدواني تفاعلي Reactively Aggressive وسلوك عدواني توقعي Proactively Aggressive ويتم التمييز بين النوعين وفقاً لسوابق سلوكية وحالات فسيولوجية – بيولوجية مصاحبة وتسمح طريقة التقدير النمطي وطريقة التقدير البُعدي لاضطراب السلوك الفوضوي بتحديد الحالات التي تستحق الدراسة مقابل الحالات التي لا تستحق الدراسة عن طريق انطباق العتبة المحددة كما في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع أو يتجاوز عتبة إحصائية في حالة المقاييس البُعدية المعيارية، وفي حالة عدم وجود معيار خارجي صادق إلى حد كبير فإن أي درجة فاصلة أو قاطعة لتحديد حالة الاضطراب تكون على الأقل عشوائية أو اعتباطية إلى حد ما ، وأوضحت نتائج الدراسات التي أجريت في هذا الصدد أن الدرجات البُعدية القائمة على معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية بالنسبة لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، واضطراب العناد والتحدي ، واضطراب المسلك التي تم أخذها في سن الخامسة عشر كان منبئاً بسوء استخدام المادة ، والانتهاكات المتعلقة بالتسرب من المدرسة في الأعمار التالية وذلك بدرجة أكبر عما هو الحال في التشخيصات النمطية للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية .

الفصل الثامن

الفصل الثامن

تقدير اضطرابات السلوك الفوضوي

مقدمة :

تُعد اضطرابات السلوك الفوضوي من أهم مشكلات الصحة النفسية الشائعة بشكل كبير جداً لدى الأطفال والمراهقين ، وهي الاضطرابات التي يتم تحويلها عن طريق الوالدين والمعلمين من أجل المساعدة الفعالة وتلقي العلاج المناسب ، وتشمل هذه الاضطرابات كما سبق اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد واضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي ، والطريقة التي يتم من خلالها تقدير اضطرابات السلوك الفوضوي تعتمد على تفضيل الفرد لتعريفها على أنها تركيبات بُعدية أم تركيبات نمطية ، وتعتمد أيضاً على ما إذا كان التقدير لأغراض كلينيكية أم لأغراض بحثية ، وفيما يلي عرض لإجراءات التقدير التي تستخدم منظورات بعدية ، ومنظورات نمطية لتوجيه العلاج .

الطريقة البُعدية : أو المنحى البُعدي : Dimensional Approach

تشكل المشكلات المتعلقة بالانتباه ، والسلوك المتسم بعدم الامتثال ، والسلوك العدواني مجموعة من الأبعاد المترابطة لاضطراب السلوك الفوضوي ، وبادئ ذي بدء فإن النظرة البُعدية تميز اضطراب السلوك الفوضوي عن الاضطرابات الداخلية مثل الاكتئاب والقلق والانسحاب الاجتماعي (فرانيجلاس وروث Frauenglass & Routh ، ١٩٩٩) ، وتحدث أعراض اضطراب السلوك الفوضوي جزئياً لأنها تفي بالاحتياجات التنموية مثل الارتباط بالأقران والاستقلال عن الوالدين ، وتقبل الطريقة البُعدية عن طيب خاطر المواءمات للمستويات التنموية ، ويبدو أن الأطفال الأصغر سناً الذين تمت دراستهم يظهرون مجموعة عامة من أوجه السلوك

المسببة للمشكلات التي لا تصل بعد إلى أن يتم وصفها على أنها اضطراب ، وهذه السلوكيات المسببة للمشكلات تتلاشى مع العمر أو تستمر كفشل دال من الناحية الكلينيكية فيما يتعلق بضبط أو تنظيم الذات ، ومن ثم فإن معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع تقوم بتشخيص مبالغ فيه للأطفال الذين في عمر ما قبل دخول المدرسة والذين يكون من الشائع لديهم في هذه المرحلة العمرية مجموعة متنوعة من السلوكيات الفوضوية (كامبل Campbell ، ١٩٩٠) .

ووفقاً لهذا المنظور فإن الطريقة البُعدية تقدم متوسط متصل من الناحية الكلينيكية لتفسير عدد مرات التكرار ، والنوع ، والحدة أو الشدة فيما يتعلق باضطراب السلوك الفوضوي مع مراعاة ما يتعلق بالتغييرات التنموية ، وترتبط التقييمات البُعدية بالعلاج ، حيث يمكن أن يتم توزيع الأطفال في التدخلات التي تم تفضيلها لاحتياجاتهم الخاصة ، والأطفال الذين يكون اضطراب السلوك الفوضوي لديهم متداخلاً في نموهم وتفاعلاتهم الاجتماعية يتم تحديدهم لكي يتلقون العلاج حتى على الرغم من أن التشخيص الكلينيكى القائم على المعايير النوعية قد لا ينطبق عليهم ، ولسوء الحظ فإن هذه المرونة الكلينيكية لم تؤدِ حتى الآن إلى وجود إجماع في الآراء حول علامات النقطة الفاصلة أو القاطعة التي تحدد المستوى الدال من الناحية الكلينيكية لاضطراب السلوك الفوضوي أي ما إذا كان هذا المستوى عند ١ أو ١,٥ أو ٢ انحراف معياري عن المتوسط ، ولابد من توخي الحذر عند عمل تركيبات لتوزيعات معيارية خاصة وذلك بسبب التأثيرات البيئية المختلفة على النمو ، والمسألة المتعلقة بتحديد العينة السكانية العادية أو الطبيعية تثير العديد من القضايا ، فإذا كان المستوى المرتفع لاضطراب السلوك الفوضوي يُعد سمة للأطفال الذين في بيئات مسببة للضغوط والذين

في خطورة عالية فهل يكون من المناسب بسبب ذلك أن نحـدد مـستوياتهم الكلينيكية طبقاً لعينتهم السكانية؟ ، كما أن تعريف انتشار السلوك الفوضـوي بالنسبة للمعايير العامة يعتبر ملائماً بشكل أكبر لوصف الأطفال الذين توجد لديهم خطورة عالية ، والانتشار الذي تم تحديده يمكن بعـد ذلـك أن يلقـي الضوء على مجتمع يكون في أزمة وأن يكثف أو يزيد من الخـدمات التـي يمكن تقـديمها (سـونديجيكر وآخـرون .Sondeijker et al ، ٢٠٠٧ ؛ أوكونور وآخرون .O'Connor et al ، ٢٠١٢ ؛ مارتل وآخرون Martel et al. ، ٢٠١٢) .

الطريقة النمطية أو المنحى النمطي : Categorical Approach

التحديد المطلق لوجود أو عدم وجود اضطراب ما يعد خاصية هامـة للطريقة النمطية ، وهذه الطريقة لها فائدة تشخيصية في حالـة الأغـراض الكلينيكية وفي حالة الأغراض البحثية ، فمن الناحية الكلينيكية فإن انطبـاق المعايير التشخيصية يُعد شيئاً ضرورياً لتلقى الخدمات مثـل الوضـع فـي مدارس متخصصة ، أو أن يقوم التأمين الصحي بتغطيـة أو دفـع تكـاليف العلاج أو أن يقوم مقدموا الخدمات بدفع هذه التكاليف ، وتستخدم الطريقـة النمطية مستوى من المعايير المطلقة لتحديد وجود الاضطراب مع ضـرورة أن يتم تطبيق هذه المعايير بشكل يتلاءم مع العمر ، وأن تكون الـسلوكيات كافية لإحداث كرب أو محنة للذات أو للآخرين ، وأن تحد أو تضعف مـن قدرة الطفل على أن يعمل بشكل توافقي ، فالضعف يعتبر ضرورياً لكي يتم عمل التشخيص ، وتقترح هذه الاعتبارات أن هناك خلل وظيفي ضار يتطلب تدخلاً معيناً مشابهاً للنمـوذج الطبـي للتـشخيص والعـلاج (هارسـتارد وباربريزي Harstad & Barbaresi ، ٢٠١١) .

وبمجرد أن يتم تشخيص الطفل بما يفيد وجود اضطراب في السلوك لديه بهذه الطريقة النمطية يمكن أن تتم مراقبة نتائج العلاج فيما يتعلق بانخفاض الضعف والكرب في الأداء الوظيفي للطفل (على سبيل المثال الحصول على درجات جيدة في المدرسة) وسلوك ملائم بشكل متزايد ، والتعريفات النمطية للخلل الوظيفي تساعد على عمل المقارنات وترتيب النتائج عبر الدراسات ، والتصنيف التشخيصي المبدئي أو الأولى يؤدى إلى وجود نقاط للمقارنة في حالة الدراسات الطولية للاضطراب ، ومن ثم يمكن اعتبار الطريقة النمطية ضرورية لعملية التقدير ، وبالإضافة إلى ذلك فإن فهم الاضطرابات المعنية يساعد في توجيه المبحوث إلى فحص عوامل الخطورة المرضية التي يمكن أن تساعد في الوقاية .

ويؤخذ على الطريقة النمطية فيما يتعلق باضطراب السلوك الفوضوي أن عدد المعايير الضرورية للتشخيص يؤدى إلى وجود طبقة بين العينات السكانية الكلينيكية التي يمكن أن تكون عشوائية إلى حد ما ، يضاف إلى ذلك أن معايير وتعريف الاضطرابات تتداخل بين اضطراب السلوك الفوضوي (هينشو وآخرون .Hinshaw et al ، ١٩٩٣) مما يؤدى إلى وجود جدل حول فائدة التمييزات النمطية ، ويتطلب تطبيق المعايير التشخيصية للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع أن يكون السلوك غير ملائماً من الناحية التنموية للأطفال والمراهقين .

وتفتقد الأعراض المرضية السلوكية للأطفال الصغار إلى التحديد بوجه خاص ، وبالتالي فإن وصف السلوك على أنه اضطراب في عمر مبكر يُحد أو يقيد من المرونة اللازمة عندما يتغير السلوك مع العمر ، وأيضاً يمكن أن يكون هناك اختلاف شديد داخل المجموعة ؛ حيث أن المعايير المتعددة التي تنطبق على طفل بشأن التشخيص قد لا تتداخل مع الأعراض المرضية التي

يعرضها أو يظهرها طفل آخر تم تشخيصه بما يفيد وجود نفس الاضطراب علاوة على ذلك فإن الأمر قد يكون متعارضاً عند وصف الأطفال الذين تم عمل تشخيص لهم يفيد بوجود اضطراب عقلي لأن الوصف نفسه قد يؤثر بطريقة سلبية على رد فعل البيئة على الطفل وعلى تقديره لذاته (كازدين Kazdin ، ١٩٩٥) .

وفي كلا الطريقتين البُعدية والنمطية لاضطراب السلوك الفوضوي توجد عشوائية في الدرجة الفاصلة المستخدمة للدلالة الكلينيكية سواء كان ذلك في حالة الانطباق لمعايير كافية لتحديد وجود الاضطراب أو في الوصول إلى مستوى دال من الناحية السيكومترية للانحراف عن المعيار ، ويمكن أن تكون المعايير متحيزة لأنها تمثل عينة سكانية معينة ، وتفترض معايير الأعراض المرضية وجود نموذج طبي يوجد فيه أو لا يوجد فيه الاضطراب ، وتم تحديد المعايير من خلال البيانات العملية أو القائمة على التجارب حول ملاحظات لا حصر لها لسلوك الأطفال ، ولكن سياق هذه الملاحظات وسمات أو خصائص الملاحظ لهما دوراً أساسياً في تقدير السلوك ؛ حيث يقوم الملاحظين بالحكم على سلوك الأطفال سواء تم توافقهم بطريقة جيدة أو رديئة ، فالأطفال يتفاعلون مع بيئتهم الاجتماعية ويعبرون عن إرثهم البيولوجي والسيكولوجي ، والمكون الهام جداً للتقدير هو الاعتراف بأهمية كل من السياق الخاص بالسلوك وسمات الشخص الذي يكتب تقريراً عن السلوك ، فعلى سبيل المثال فإن الضغوط النفسية والخلل الوظيفي المتزايدان عند الوالدين ارتبطا بتقدير للطفل على أنه أكثر انحرافاً أو اضطراباً (كازدين Kazdin ، ١٩٩٥) .

وبالإضافة إلى البيانات المستمدة من الوالدين فإن التقدير في حاجة إلى

أن يتضمن وجود معلومات مستمدة من المعلمين ، ومن خلال الخبـرة فـي التفاعلات مع الطفل يكون المعلمون مصدراً مشجعاً للإحالات أو التحويلات إما بطريقة مباشرة أو عن طريق جذب انتباه الوالدين لحدة أو شدة اضطراب السلوك الفوضوي لكي يقوموا بتحويل الأطفال للعلاج ، والـسمات الفرديـة لأي ملاحظ يجب وضعها في الاعتبار أثناء عملية التقـدير ، كمـا يجـب الإجابة على هذه الأسئلة : ما العوامل الفردية والأسرية أو البيئية التي يمكن أن تؤثر على تقارير الوالدين؟ ولماذا اختار الوالدان هذا الوقت بالذات للبحث عن الحصول على الخدمات؟ ويتم التأكيد علـى هـذه النقطـة لأن تقـدير اضطراب السلوك الفوضوي يعتمد بدرجة كبيرة جداً على تقارير الوالـدين والمعلمين .

والملاحظات المباشرة الموحدة (المتفقة) للسلوك هي أكبر رد عملي لوجهة النظر هذه بالنسبة لكيفية تأثير الخبرات والتفاعلات علـى التقـدير ، وبالتالي فإن الكلينيكيين قد يتم استخدامهم لملاحظة الطفـل ، وفـي أغلـب الأحيان يقومون بعمل مثل هذه الملاحظات في العيادة ، وهذه الملاحظـات يمكن أن تسفر عن معلومات لها علاقة بالأنشطة الكلينيكية والأنشطة البحثية على حد سواء .

نظرة عامة للتقدير الشامل :

إن طرق التقدير التي تمت مناقشتها سابقاً يمكن أن يتم استخدامها لتنفيذ التقدير المنظم الذي يكون ملائماً لعمر الطفل ، ويمكن أن يؤدى ذلك إلى إما تشخيص نمطي أو تشخيص بُعدى لسلوك الطفل ، ويعتبر التشخيص جـزء واحد فقط من التقدير الذي ينبغي أن يدمج المعلومات التي من سياقات متعددة يحدث فيها سلوك الطفل ، وفي الموقع الكلينيكى ينبغي أن يقتـرح التقـدير

العلاج وأن يتم تقييم فاعليته ، وهناك افتراض واضح عند التعامل مع الأطفال الصغار يتمثل في أنهم غالباً لا يستطيعون أن يصفوا تجربتهم الداخلية وتاريخهم بطريقة يمكن الاعتماد عليها أو الوثوق فيها ، فلا يستطيعون أن يوضحوا التجارب الهامة جداً أو ينسبوا سلوكهم لمشاعرهم أو تأثيراتهم الخارجية في علاقة واضحة للسبب والنتيجة ، وعلى الرغم من ذلك فإن جميع الأطفال يوصلون شيئاً ما عن مصاعبهم الداخلية من خلال السلوك والتفاعلات التي يمكن ملاحظتها مع بيئتهم الاجتماعية ، فمعظم الأطفال الصغار يعرضون أو يظهرون سلوكيات فوضوية في وقت ما ، وتصنيف ذلك على أن له دلالة أو أهمية كلينيكية يفترض أن السلوكيات لم تعد تفي بالدور التنموي المفيد فشدة هذه السلوكيات تضعف قدرة الطفل على تحقيق أهدافه التنموية الأخرى التي تتضمن التفاعل الاجتماعي الملائم (باترسون وآخرون .Patterson et al ، ١٩٨٩) ، وبالتالي يفترض التقدير وجود فهم واضح للنمو الطبيعي وسلوك الأطفال وعائلاتهم .

ويتضمن التقدير السلوكي الشامل ثلاث مراحل هي :

- التقدير التشخيصي المبدئي .
- التصور الذهني والتخطيط للعلاج .
- تقييم كفاءة أو فاعلية العلاج (أو على الأقل للحالة الكلينيكية عند المتابعة) .

وفيما يلي تقديم نظرة شاملة على هذه المراحل الثلاث ثم يلي ذلك مناقشة تفصيلية لكل مرحلة على حدة .

ويبدأ التشخيص بعمل معاينة عن طريق قوائم الضبط السلوكية والمقابلات الشخصية الكلينيكية غير الرسمية ، وينتقل بعد ذلك إلى قوائم

ضبط محددة بشكل أكبر أو مقابلات مقننة واختبار للكشف عـــن صـــعوبات التعلم أو الصعوبات المعرفية ، كما قد يتطلب التقدير أيضاً إجراءات أخرى مثل التقديرات التي من جانب الرفاق أو الأقران أو الملاحظات المباشرة في المواقع المتعددة ، كما يقوم الوالدين بتكملة مقاييـــس الورقـــة والقلم أيـــضاً لتقييم الطفل ، وقد يختتم التقدير التشخيصي بجلسة لتقدير أنمـــاط التفاعـــل الأسرى .

ويعتمد التخطيط للعلاج والتقييم على مقابلات شخصية غيـــر رســـمية ومختصرة مع الوالدين والطفل فقط ، ولا يتضمنان أي اختبار تعليمي نفسي أو معلومات مستمدة من العاملين بالمدرسة ، ومثل هذه الطريقة لا يمكن أن نتوقع منها أن تؤدى إلى معلومات تشخيصيه يمكن الاعتماد عليهـــا فـــي أي تقييم للعلاج ، وهناك حاجة إلى تطوير المبادئ الإرشادية للممارسة القائمـــة على البحوث من أجل ضمان أن مقدمي خدمات الصحة النفسية يقومون بعمل تقدير كاف يكون جزءاً عادياً من خدماتهم .

ويعتبر التقدير التشخيصي الدقيق ضرورياً للتفرقة بـــين اضـــطراب السلوك الفوضوي واضطرابات القلق ، والاضـــطرابات النمائيـــة الـــسائدة Pervasive Developmental Disorders ، والـــضغوط التاليـــة للـــصدمة Posttraumatic Stress Disorders ، والتجارب المـــسيئة ، واضـــطرابات التعلق التفاعلي Reactive Attachment Disorders ، والسلوك المضطرب الذي يرتبط بتاريخ يدل على الإهمال ، والأعراض المرضية لكل اضطراب من هذه الاضطرابات يمكن أن تحاكى الاضطرابات المتعلقـــة باضـــطراب السلوك الفوضوي ، ويفترض التقدير أن يتم استكمال التقييم الطبي ليـــستبعد المشكلات المتعلقة بالإعاقـــة البـــصرية أو الإعاقـــة الـــسمعية ، والتـــسمم

بالرصاص ... وغيرها من المشكلات المتعلقة بالصحة التي يمكن أن تـؤثر على السلوك .

وتقدم المعلومات التي يتم الحصول عليها من أجل التقدير التشخيصي في أربع مجموعات رئيسية هي :

١- ما اضطرابات السلوك الفوضوي الحالية التي يتم عرضها ؟ قم بتوضيح الأسباب المتعلقة بالإحالة ، ولمن تسبب هذه الاضـطرابات الكـرب أو المحنة ؟ وأين ومتى تحدث هذه الاضطرابات؟ وهل هي ملائمة أم غير ملائمة من الناحية التنموية ؟ .

٢- ماذا حدث قبل التقدير الحالي المتعلق باضطرابات السلوك الفوضوي عند الطفل ؟ قم بالحصول على التاريخ الاجتماعي النفسي البيولوجي لتقـوم بتحديد بداية حدوث الاضطراب ومساره ومعرفـة عوامـل الخطـورة المساهمة في ذلك ، ورغم ذلك لاحظ أن الكثير من التفاصيل للتـواريخ التي تم الحصول عليها بأثر رجعي قد تثبت أنها غير دقيقة عند مقارنتها بالمعلومات المرتقبة .

٣- ما جوانب القوة وجوانب الضعف التي يعرضها الطفل والتي يمكـن أن تعلل أو تفسر أو تساهم في حدوث اضطرابات السلوك الفوضوي ؟ قـم بتكملة التقدير التعليمي النفسي لكي تكشف عن أي أوجه عجز معرفي أو أي مشكلات متعلقة بالتحصيل الأكاديمي أو الدراسي ، وما التشخيصات الأخرى التي قد تعلل وجود اضطراب السلوك الفوضوي ؟ .

٤- كيف يؤثر سلوك الطفل على البيئة الاجتماعية والعكس ؟ وما العوامـل المنتظمة التي تساهم في اضطراب السلوك الفوضوي أو تـساعد علـى استمراره ؟ ولماذا تم تحويل الطفل ومن الذي قام بتحويله للعلاج ؟ قـم بتقييم الثبات بالنسبة لمصادر الإحالة والمُبلغ كناقلين لاضطراب السلوك

الفوضوي عند الطفل .

وبمجرد أن يتم استكمال التقدير التشخيصي يتم إدخال المعلومات في التخطيط للعلاج ، وهناك موضوعان رئيسيان هما هدف التقدير السلوكي الشامل في هذه المرحلة :

١- ما وسائل التدخل مع الطفل والأسرة ؟ وأي طريقة للعلاج تم تحديدها ؟ وفي أي الجوانب سيكون التدخل ضرورياً لمساندة التغيير السلوكي عند الطفل ؟ .

٢- ما المستوى النمائي للطفل بالمقارنة بالمعلومات المعيارية ، ومتى توقف النمو؟ .

وأخيراً يتم تقدير فاعلية العلاج عن طريق إجراء مقاييس مختارة متعلقة أو ذات صلة بالجوانب التي تم إجراء التدخل عليها ، والمؤشر الأساسي لفاعلية أو كفاءة العلاج هو اختفاء بعض السلوكيات التي يتسم بها السلوك الفوضوي ، ومن المؤشرات الشائعة أيضاً التحسن في أداء الطفل في المدرسة ، والأداء الوظيفي الأسرى ، وانخفاض أو تلاشي ضغوط الوالدين .

١- التقدير التشخيصي المبدئي :

- تقدير السلوك :

إن جوهر التقدير السلوكي الشامل قياس السلوكيات الفوضوية النوعية أو المحددة كما يتم عرضها أو إظهارها من جانب الطفل في أماكن متعددة ، إما من خلال الأعمال أو التصرفات المستقلة أو أثناء التفاعل مع الآخرين ، وينبغي أن يتم قياس السلوكيات بشكل مثالي في أماكن متعددة ، ونظراً لأن الملاحظات المباشرة لهذا النوع من السلوكيات تعتبر غير عملية لمعظم التقديرات الكلينيكية فإن المُبلغين المتعددين يقدمون معلومات من خلال

المقابلة الشخصية وقوائم الضبط الخاصة بالوالدين والمعلم أو كلاهما ، و تقدم المقابلة المغلقة المعلومات المباشرة إلى حد كبير جداً فيما يتعلق بالأعراض المرضية الحالية كتشخيص نمطي باستخدام معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع ، وتتطلب الصيغة التركيبية التزاماً صارماً ، ولذا فعندما يتم استخدام المقابلة المقننة لأغراض كلينيكية يجب أن يتم الحصول على المعلومات المتعلقة بالخلفية الماضية بشكل منفصل أو على حدة ، وبالنسبة لمعظم المواقع الكلينيكية يعتبر تكملة المقابلات المقننة والكلينيكية أو المفتوحة غير عملياً ، ولذا فإن المقابلات المقننة هي التي يتم استخدامها بطريقة نموذجية .

ويتم جمع المعلومات عن اضطراب السلوك الفوضوي من أجل تحديد بداية حدوث الاضطراب ومساره والعوامل التي تساعد على حدوثه عند الطفل ، وسواء كان الاضطراب حالياً أو سابقاً فإن كل اضطراب متضمن في اضطرابات السلوك الفوضوي يتم تقديره باستخدام الأبعاد التالية :

- التكرار وحدة السلوك من أجل تحديد الضعف الكلينيكى .
- عدد مرات التكرار وزمن حدوثها لتوضيح بداية الحدوث والثبات مع مرور الوقت .
- عدم الملاءمة النمائية .

وقد يكون اضطراب السلوك الفوضوي حاداً أو مزمناً ، وبداية الحدوث المفاجئ في أي عمر بدون نمط لمصاعب سابقة يستبعد تشخيص اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، كما أن الأعمال الاندفاعية المختلفة قد تؤدى إلى وجود أعراض مرضية خاصة باضطراب العناد والتحدي أو اضطراب المسلك ، ولكن تحديدها أو التعرف عليها يمكن أن يوجه العلاج في اتجاهات مختلفة ، وهناك مجموعة من العوامل تبرز

ظهور اضطراب السلوك الفوضوي منها سوء التوافق مع الأحداث الحياتية المسببة للتوتر أو الضغوط ، والتفاعلات مع صدمة كما في حالة الإساءة الجنسية أو العنف الأسرى ، والتعلق المضطرب المرتبط بعوامل مثل الإهمال والإساءة ، والإيداع في أماكن مختلفة للتبني ، والاكتئاب عند الأمهات أو سوء استخدام المادة عند الوالدين والصعوبات المتعلقة بالانتقال من مستوى نمائي إلى المستوى الذي يليه ، وبالتالي فإن المعلومات التي تتعلق ببداية حدوث الاضطراب ومدته والمصاعب التي يمكن تحديدها عبر المستويات المتعلقة بالنمو هي شرط أساسي للتشخيصات الفارقة نظراً لمدى العوامل التي قد تحدد أو تبرز ظهور اضطراب السلوك الفوضوي .

وبمجرد أن يتم تقييم حدة ومسار اضطراب السلوك الفوضوي يتم تقييم مستوى التفاعل على سلوك الطفل والبيئة وذلك بهدف تحديد الضعف في الأداء الوظيفي التكيفي في البيت وفي المدرسة ومع الأقران ، ويتناول تقدير الأداء الوظيفي التكيفي العديد من الاهتمامات المتعلقة بالتشخيص فأولاً أنه يقدم الدليل المتعلق بالاتساق في اضطراب السلوك الفوضوي عبر المواقع أو الأماكن ، وبالتالي تقليل احتمال فقدان العوامل البيئية النوعية ، وثانياً نظراً لأنه يتم تقدير المواقع المتعددة يتم استخدام مُبلغين متعددين ، وبالتالي تقليل تحيز المصدر ، ويجب أن يُوضع التأثير البينشخصى لعلاقات الطفل على المُبلغ في الاعتبار (أكينباتش وآخرون Achenbach et al. ، ١٩٨٧) .

ولتقدير الأداء الوظيفي التكيفي للطفل مع الأقران فإن تقارير الوالدين والمعلمين أو التقارير الذاتية لعلاقات الأقران يتم استخدامها بطريقة نموذجية .

- التاريخ وعوامل الخطورة المهيئة :

تم إجراء بحوث مكثفة من أجل تحديد بعض العوامل المهيئة لحدوث

اضطراب السلوك الفوضوي ، ويُعد معرفة التاريخ المرضي الدقيق ضرورياً للاستفادة من نتائج البحوث بالنسبة للتشخيص الفارق ، وفي أغلب الأحيان يتم استخدام تركيبة من المقابلة الكلينيكية واستمارات المعلومات الديموجرافية والمعالم النمائية والمعلومات المتعلقة بالتاريخ الطبي ، وأي معلومات يتم تقديمها ينبغي أن يتم بحثها بصورة مباشرة لتوضيحها أو مناقشتها بمزيد من التفصيل .

وتقييم عوامل الخطورة المهيئة يقدم الصورة العامة لخطورة النتائج التنموية السالبة ، ويقدم كذلك صورة نوعية لعوامل الخطورة لنوع معين للمرض النفسي أو الحالة النفسية المرضية ، ومن الجدير بالذكر أيضاً الحالة التنموية للأسرة ككل بما في ذلك تركيب الأسرة ، وترتيب الطفل في الأسرة ، فعلى سبيل المثال عندما يكون مقدم الرعاية الأساسي هو الجد فإن موارد علاج مشكلات السلوك لدى الطفل تتضاءل بسبب الفجوة التنموية الكبيرة أو قد ينظر مقدم الرعاية إلى السلوكيات العادية أو الطبيعية على أنها زائدة عن الحد ومسببة للمشكلات .

- التقارير الإضافي للتشخيص الفارق :

إن الجزء التالي للتقدير التشخيصي المبدئي هو التقدير النفسي التعليمي Psychoeducational Assessment لتحديد القدرة المعرفية عند الطفل والمهارات اللغوية والتشغيل الإدراكي ونمو المهارات الحركية ، وبالنسبة للأطفال الذين في عمر دخول المدرسة والأطفال الأكبر سناً يتم إجراء اختبار تحصيلي لتحديد ما إذا كان يوجد عجز في التعلم كحالة مرضية مشتركة ، وتحديد جوانب القوة وجوانب الضعف التي تعتبر عوامل خطورة أو عوامل مستهدفة للتدخل ، وعلى الرغم من أن هذا التقدير الأساسي يعتبر هام جداً بالنسبة للتشخيص الوافي الدقيق ، ويواجه إجراء الاختبار النفسي التعليمي

صعوبة بالغة تتعلق بالموارد الاقتصادية ، وإجراءات التقدير، ومع ذلك ينبغي أن يتم التأكيد على أهميته ؛ حيث إن اضطراب السلوك الفوضوي يمكن أن يتفاقم عن طريق عوامل معرفية متعددة ، فعلى سبيل المثال فإن الطفل الذي لديه صعوبات لغوية قد يبدو غير ممتثلاً عندما لا يفهم الأوامر أو الطلبات مما يحدث تفاعل قسري أو قهري مع الوالدين والمعلمين ، وقد تساهم القدرة المعرفية المنخفضة وكذلك العالية في حدوث اضطراب السلوك الفوضوي ، فالطفل الذي لديه قدرة عقلية فوق المتوسط أو موهوب قد يظهر اضطراب السلوك الفوضوي بسبب الضجر أو الملل ، والمدارس العامة أو الحكومية تتعهد بشكل قانوني بتنفيذ مثل هذه التقييمات للأطفال الذين لديهم أوجه عجز وبالتالي يكون من الممكن الاعتماد على التقييمات المدرسية لجزء أو لكل هذه المعلومات ، والاتصال مع النظام المدرسي يعتبر هاماً في أى حال فيما يتعلق بالتدخل وبالتقدير أيضاً .

والتشخيص الفارق لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد واضطراب العناد والتحدي أو اضطراب المسلك مقابل أنواع أخرى من الاضطرابات التي لها أعراض مرضية متشابهة قد يتطلب تقديراً أكبر للأداء الوظيفي الانفعالي للطفل وتقديراً أكبر لشخصيته وذلك عن طريق المقابلات الشخصية المقننة ، والأطفال الذين يتسمون بالقلق المفرط أو الاكتئاب والذين قد جربوا أو مروا بحوادث تنم عن إساءة أو صدمة أو الذين لديهم اضطراب تنموي سائد أو منتشر قد يكون لديهم مشكلات تتعلق بالمسلك ، وتركيز رديء وانتباه سيء ، وسرعة غضب ، وعلاوة على ذلك فإن الأطفال الذين لديهم اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، واضطراب العناد والتحدي أو اضطراب المسلك يجربون غالباً أعراض مرضية داخلية مشتركة ، فالتشخيص الفارِق أو الذي يدل على وجود حالة مرضية مشتركة هو الهدف لتوجيه العلاج بشكل مناسب .

و يجب أن توضع اضطرابات الحالة المزاجية ، واضطرابات القلق ، واضطرابات التعلم ، واضطرابات التواصل ، والمشكلات السلوكية المرتبطة بالتخلف العقلي واضطراب توريت Tourette Disorder في الاعتبار كتشخيصات ممكنة يجب استبعادها في حالة التقدير السلوكي الشامل لاضطراب السلوك الفوضوي (مان ومساك كينزى Mann & MacKenzie ، ١٩٩٦) .

– التقدير السياقي :

يعد اضطراب السلوك الفوضوي اضطراباً متعدد التحديات ؛ حيث يوجد احتمال مرتفع لوجود مشكلات أسرية ومشكلات مع الأقران تحدث في نفس الوقت ، وبالتالي يجب أن ينظر التقدير السلوكي الشامل إلى السياق الذي يحدث فيه سلوك الطفل ، وهذه الخطوة لها ثلاثة أغراض رئيسية هي :

– تحدي التأثيرات التفاعلية المتعلقة بالأسرة والأقران .
– تقييم ثبات البيانات التي تم تقديمها عن طريق مصدر الإحالة والمبلغين الآخرين .
– تحديد المصادر والاستعداد للتدخل .

وقد تكون هناك عوامل أخرى تتدخل في استمرار أو تفاقم اضطراب السلوك الفوضوي عند الطفل ، ومع ذلك فالعلاقة ليست أحادية الاتجاه ، فاضطراب السلوك الفوضوي عند الطفل يؤثر على البيئة كما أنه يتسبب في أو يحافظ على الاستمرار في المشكلات مثل الضغوط عند الوالدين ، والنزاع بين الوالدين بشأن تربية الطفل والممارسات القهرية من جانب الوالدين (فراينجلاس ورث Frauenglass & Routh ، ١٩٩٩) ، والجوانب السياقية الأساسية التي يجب أن يتم تقييمها فيما يتعلق باستمرار أو تفاقم الخطورة هي الأسلوب الوالدي ، والبيئة الأسرية والتفاعلات مع الأقران ،

والخطورة المرتبطة بالحي أو المنطقة السكنية .

ونظراً لغزارة معلومات التقدير التي يتم جمعها من مُبلغين متعددين فإن تحديد ثبات هذه المصادر يعتبر أساسياً بالنسبة للتشخيص الصحيح ، ويتم التحقق من الوالدين فيما يتعلق بالمواءمة الشخصية (التوافق الشخصي) والسلامة السيكولوجية والتاريخ الطبي وذلك من أجل الكشف عن جوانب التحيز في تقارير سلوك الطفل بطريقة سلبية أو إيجابية أكثر مما ينبغي ، كما أن توضيح مصدر الإحالة يلقى الضوء على إدراكات الوالدين للمشكلة والدافعية للعلاج ، ويقوم المعلمون غالباً بجذب انتباه الوالدين للمشكلة ، وتقرير المعلم يكون أيضاً عرضة للتحيز ، لذلك يتم تقدير ثبات المعلم كمُبلغ من خلال تقييم كيفي أو وصفي أثناء المقابلة الشخصية الموجزة مع المعلم والتي تتم غالباً من خلال الاتصال الهاتفي ، وهناك طريقة لتقدير الثبات تتم عن طريق الحصول على تقديرات من أكثر من معلم من المعلمين الذين يتعاملون مع الطفل .

وأهل الأطفال الذين لديهم اضطراب السلوك الفوضوي قد يكون لديهم طباع حادة وانفعالية ونقص الانتباه والاكتئاب والعدوانية وبالتالي فإن رغبتهم أو استعدادهم للاشتراك في العلاج قد يتضاءل ، وفي أغلب الأحيان يتم تقديم المزيد من المعلومات عن استعدادهم للمشاركة في الجهود العلاجية وذلك أثناء الجلسة الأولى للعلاج .

٢- التصور الذهني والتخطيط للعلاج :

تبدأ عملية التصور الذهني للحالة عند نقطة الإحالة للعلاج وتستمر طوال مرحلة التقدير التشخيصي ، ويتم استخدام التشخيص العملي للاضطرابات الممكنة واستبعاد الاضطرابات الأخرى لكي يتم توجيه عملية

التقدير بشكل فعال ، ومع ذلك فإن الاحتمال الموجود هو أن التصورات الذهنية المبكرة تفوق عملية البحث عن تفسيرات بديلة وتزيد من خطورة التشخيص بشكل خاطئ ، وبالتالي فإنه ينبغي النظر إلى صياغة الحالة على أنها نشاط متميز يتم فيه مراجعة جميع البيانات المتعلقة بالتقدير بطريقة موضوعية في صيغة شاملة ، ويقدم الجدول التالي المعلومات التي ينبغي أن تكون متوافرة عن الطفل .

التصور الذهني للحالة (الصيغة التفصيلية للحالة)

١- الصورة البيانية للطفل :

- **مستويات النمو :**
  - مستوى النمو المعرفي .
  - مستوى النمو الانفعالي .
  - مستوى النمو الجسمي .
- **القدرة المعرفية والتحصيل :**
  - المستوى العقلي .
  - نقاط القوة ونقاط الضعف .
  - الأداء المدرسي .
- **عوامل الخطورة المهيئة :**
  - قبل الولادة وأثناء الولادة .
  - التاريخ الطبي .
  - البصر والسمع .
  - التاريخ الأسرى .
  - تاريخ حدوث الاضطراب .
  - الحالة الأسرية .
  - الحالة الاجتماعية الاقتصادية .

- التاريخ الذي يدل على وجود إساءة أو إهمال أو صدمة .
- تركيب الأسرة .
- التفاعلات بين الوالدين .
- التفاعلات بين الوالدين والطفل .
- الأسلوب الوالدي في التأديب أو التهذيب .
- الرضا الزواجي أو التوافق الزواجي .
- التفاعلات بين الطفل والمعلم .

٢- الأعراض السلوكية :

- **الأعراض المرضية الموجبة :**
  - التكرار .
  - الحدة .
  - بداية الحدوث .
  - المسار .
  - مستوى الضعف .

٣- تقييم كفاءة أو فاعلية العلاج :

تفيد بيانات بروفيل الطفل (الصورة البيانية للطفل) ، وملخص الأعراض السلوكية في عملية التشخيص ، ويساهم كل جانب من الجوانب المدرجة في تفاقم أو استمرارية اضطراب السلوك الفوضوي ، ويقدم ملخص الحالة أيضاً نقطة مرجعية للمتابعة في عملية التقدير المستمرة (فراينجلاس ورث Frauenglass & Routh ، ١٩٩٩) .

ويتضمن تخطيط العلاج تحديد الجوانب التي يتم استهدافها من أجل التغيير كذلك تحديد أهداف واقعية محددة للتغيير في فترة معينة ، وتكون العوامل المرتبطة بالطفل والعوامل الموقفية Situational Factors التي تساعد على تفاقم أو استمرار المشكلات المتعلقة بالسلوك الفوضوي مستهدفة

للتدخل عندما تتم صياغة خطة العلاج ، وكلما زاد احتمال الاستمرار في التغير السلوكي ولاسيما في استهداف أنماط التفاعل بين الوالدين والطفل ، ويجب أن يتم توظيف المعلومات التي تم جمعها في تطوير خطة العلاج .

وتتقيد إجراءات التقدير السلوكي بشكل كبير بالمطالب المتعلقة بالتكلفة والعائد ويجب على الكلينيكيين والباحثين أن يحددوا ويبرروا بشكل عملي المعايير المتعلقة بالتقدير الملائم ، ويتم تحويل الأطفال لتلقى خدمات الصحة النفسية لأن أعراضهم المرضية غير ملائمة من الناحية التنموية وتتدخل في أدائهم الوظيفي الاجتماعي أو المدرسي ، والبحث في أنواع السلوكيات التي يتم عرضها يعتبر كافياً للاقتراح بأن الطفل تنطبق عليه معايير اضطراب السلوك الفوضوي ، ويقدم مقياس التقدير الوالدي (من جانب الوالدين) ، والمقابلة الشخصية المقننة ، وقائمة الضبط الخاصة بالمعلم ، والملاحظات غير الرسمية للطفل معلومات كافية لإجراء تشخيص لاضطرابات السلوك الفوضوي ، ومع ذلك فهذه الطريقة السطحية للتقدير تتجاهل المشكلات التي تتعلق بالحالة المرضية المشتركة التي تتعلق بأسباب الاضطراب .

و يقدم العلاج السلوكي وكذلك التدخلات العلاجية الدوائية للطفل الذي تم تشخيصه بما يفيد وجود نوع من أنواع اضطراب السلوك الفوضوي راحة من الأعراض المرضية التي تعتبر مفيدة للوالدين والمعلم ولكن إذا أظهر الطفل سرعة الغضب أو صعوبة في التركيز ، والاندفاعية وانتهاك القواعد فعالية مثل هذه العلاجات تكون مخففة للألم على المدى القصير فقط ، وبالتالي فإن هناك مصاعب رئيسية تم تركها بلا علاج حتى أصبحت داخلية ومن ثم تظهر على شكل القلق والاكتئاب ويعبر عنهما الطفل على أنهما سرعة غضب ، ونقص الانتباه أو القابلية للشرود الذهني ، ومصاعب أكاديمية أو دراسية ، ويمكن أن تؤدى أوجه العجز المتعلقة بالتعلم أو

اضطرابات اللغة والكلام إلى حدوث عدد من المشكلات ليس فقط في المدرسة لأن الأطفال قد يكون لديهم صعوبة في فهم وإتباع التعليمات في البيت أيضاً مما يجعلهم يظهرون على أنهم معاندين أو معارضين ، وعلاوة على ذلك فإن تعلم الأطفال المعاقين يتجاوب غالباً بطريقة سلبية مع الضغوط من جانب الوالدين ليقوموا بتحسين أدائهم الأكاديمي وسلوكهم في المدرسة ، وعلى الرغم من أن كل مثال من هذه الأمثلة يبدو بديهياً أو في غير حاجة إلى برهان إذ أنه تقييماً كافياً للطفل وتأثيراته التفاعلية ، فإن الكلينيكي يكون مدركاً تماماً للضغوط الاقتصادية عند إجراء تقديرات موجزة أو مختصرة ، ويمكن أن يؤدى إلى وجود تشخيص على أساس الظهور الواضح للأعراض المرضية فقط بدلاً من وجود تقدير شامل وفهم واضح للأسباب المرضية التي يقوم على أساسها العلاج ، وهذا لا يعنى أن الكشف عن صعوبات التعلم والاضطرابات الداخلية يعوق أو يحجب تشخيص اضطراب السلوك الفوضوي وبدلاً من ذلك فإن عملية التقدير المستمر تساعد على تركيز جهود العلاج وإثراء البحوث بالمعلومات ، وينبغي النظر إلى عملية التقدير على أنها عملية مستمرة بها فروض جديدة وتصورات ذهنية يتم توليدها عندما يتقدم الطفل من الناحية النمائية ، وعندما يتم الكشف بدرجة أكبر عن تفاعلاته مع البيئة الاجتماعية عبر مسار العلاج .

ويتجه التقدير التشخيصي من الناحية الكلينيكية نحو التخطيط للعلاج ، ومع مرور الوقت عندما يتم ضبط السلوك وتدريب الوالدين أو تطبيق أى تدخلات أخرى ، فإن التقديرات المتعاقبة تقدم نطاق مقارنة لتقييم فاعلية العلاج أو تعديل التصور الذهني للحالة إذا استدعت الضرورة ذلك ، ويمكن أن تكون نتائج أو تأثيرات التدخل العلاجي الدوائي مصدراً هاماً للمعلومات ولكن المصاعب المتعلقة بالحالة المرضية المشتركة عند الأطفال الذين لديهم اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد قد تتطلب تقييماً مستمراً ،

وقد يكون الطفل عبر مسار العلاج قادراً بشكل أكبر على التعبير عن مشاعره وأن يقدم تقارير ذاتية يمكن الوثوق فيها والاعتماد عليها .

ويمثل التشخيص الفارق مشكلة للعمل البحثي ؛ حيث يجب الوفاء بمعايير التضمين والاستبعاد استناداً إلى التقدير الكلينيكي والتقديرات التشخيصية المرنة ، ومع ذلك فإن مثل هذه النتائج قد تكون هامة في فهم التغييرات التي تحدث بمرور الوقت أو تفسير النتائج المتناقضة التي يتم الحصول عليها من الدراسات الطولية .

إجراءات التقدير السلوكي الشامل لاضطراب السلوك الفوضوي :

فيما يلي عرض لإجراءات التقدير السلوكي الشامل لاضطراب السلوك الفوضوي عند الأطفال والمقاييس المستخدمة هنا للأغراض الكلينيكية بشكل أساسي ، يضاف إلى ذلك أنه عندما يتم تحديد جوانب معينة للصعوبة كمستهدفات أساسية للتدخل تكون هناك حاجة إلى وجود تقديرات إضافية باستخدام مقاييس نوعية أخرى بهدف توضيح العوامل المساهمة في حدوث الاضطراب .

١- المقابلات الشخصية :

المقابلة أداة بارزة من أدوات البحث العلمي ، وهي أداة رئيسية في مجال التشخيص والعلاج النفسي ، وتقسم وفقاً لنوع الأسئلة التي تطرح فيها ودرجة الحرية التي تعطى للمستجيب في إجابته إلى ثلاثة أنواع هي :

أ- **المقابلة المغلقة أو التركيبية Structured** : وفي هذا النوع من المقابلة تطرح مجموعة من الأسئلة تتطلب إجابات دقيقة ومحددة ولا تفسح مجالاً للشرح المطول وإنما يطرح السؤال وتسجل الإجابة التي يقررها المستجيب .

ب- **المقابلة المفتوحة Unstructured** : وهي المقابلة التي يقوم فيها الباحث بطرح أسئلة غير محددة الإجابة ، وفيها يعطى للمستجيب الحرية في أن يتكلم دون محددات للزمن أو الأسلوب وهذه عرضة للتحيز وتستدعى كلاماً ليس ذا صلة بالموضوع .

ج- **المقابلة المغلقة – المفتوحة** : وتكون فيها الأسئلة مزيجاً للنوعين السابقين وفيها تعطى الحرية للمقابل بطرح السؤال بصيغة أخرى والطلب من المستجيب مزيداً من التوضيح .

- **قائمة مراجعة المقابلة التشخيصية :**

والمقابلة المقننة لتقدير الاضطراب النفسي عند الطفل والمراهق هي قائمة مراجعة المقابلة التشخيصية Diagnostic Interview Schedule ويوجد منها نسختين هما نسخة الوالدين (DISC-P) ، ونسخة الطفل (DISC-C) إعداد (فيشر وآخرون .Fisher et al ، ١٩٩١ ؛ أسكواب – ستون وآخرون .Schwab-Stone et al ، ١٩٩٣ ؛ شافر وآخرون .Schaffer et al ، ١٩٩٣) ، وهذه المقابلة لها ميزة تتمثل في أنه يمكن تطبيقها مباشرة مع الدليل التشخيصي والإحصائي وتسمح للفرد أن يقوم بعمل تشخيص دقيق للأنواع الفرعية لاضطراب السلوك الفوضوي ، وهذه المقابلات تعتبر من أكثر الأدوات المستخدمة في التشخيص بشكل شائع جداً ولكن يؤخذ عليها أنها مطولة ومُركبة إلى حد ما ، والمقابلة التشخيصية للأطفال والمراهقين هي مقابلة تقدم معارف نمطية تضم ١٨٥ عرضاً مرضياً تعكس محكات أو معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع ، وبالإضافة إلى ذلك فإن تكرار وحدة وبداية الحدوث والمدة فيما يتعلق بالأعراض المرضية يتم تجميعها داخل ستة جوانب (المشكلات المتعلقة بالعلاقات ، والسلوك المدرسي ، والتعليم المدرسي ، والأعراض المرضية

العصبية ، والأعراض المرضية الجسمية ، والأعراض المرضية النفسية) وتتضمن هذه القائمة استمارات للوالدين ، و استمارات للأطفال الذين تتراوح أعمارهم من ٦ – ١٢ سنة ، واستمارات للمراهقين الذين تتراوح أعمارهم من ١٣ – ١٧ سنة .

– قوائم مراجعة السلوك الخاصة بالوالدين والمعلم والتقارير الذاتية :

يتوافر العديد من قوائم مراجعة السلوك التي تفيد في المعاينة العامة للمشكلات المتعلقة بالسلوك وفي تحديد الحالة المرضية المشتركة كما أن لها عدة مزايا تتمثل في إنها مختصرة أو وجيزة وغير مكلفة أو رخيصة ويتم إجراؤها بسهولة ، ويمكن أن يتم إرسال مقاييس للوالدين أو المعلم قبل الموعد الأول وذلك من أجل إجراء مقابلة شخصية تتسم بالاستيعاب والإلمام بالموضوع ، كما يمكن استخدامها لقياس نتائج العلاج ، وكما هو الحال في أي مقياس قائم على المُبلغ يمكن أن يتدخل العنصر الذاتي أو يكون هناك تحيز ؛ لذلك من المستحسن أن يتم تقدير دافعية المُبلغ لتقييم سلوك الطفل بطريقة موجبة أو سالبة بإفراط أو أكثر مما ينبغي ، وفي الغالب تكون هذه المقاييس مقاييس بُعدية لا ترتبط بالدليل التشخيصي والإحصائي ، وبالتالي فإنها لا يمكن أن تساعد في عمل التشخيصات النمطية (فراينجلاس وروث Frauenglass & Routh ، ١٩٩٩) .

قائمة مراجعة سلوك الطفل Child Behavior Checklist (CBCL)

إعداد أكينباتش وإيدلبروك Achenbach & Edelbrock (١٩٨٣) وهي عبارة عن قائمة مراجعة يكملها الوالدان وتغطي مجموعة واسعة من المشكلات السلوكية عند الأطفال (١١٨ فقرة) والكفاءات الاجتماعية داخل وخارج البيت (٢٠ فقرة) ويطلب من الوالدين أن يقدروا طفلهم في كل سلوك على انه غير صحيح (صفر) ، وصحيح إلى حد ما أو أحياناً (١) ،

وصحيح أو حقيقي جداً (٢) ، وهذه الاستجابات تسفر عن درجات على ثمانية عوامل منفصلة هي الانسحاب ، والشكاوى الجسمية ، ومكتئب وقلق ، والمشكلات الاجتماعية ، ومشكلات التفكير ، ومشكلات الانتباه ، والسلوك المنحرف ، والسلوك العدواني ، إلى جانب ذلك هناك عاملين مركبين للسلوك الداخلي والخارجي ، بالإضافة إلى السلوكيات المسببة للمشكلات بوجه عام ، ويمثل العامل الداخلي السلوكيات المثبطة أو المفرطة في التحكم التي تتميز بالقلق أو الانسحاب ، ويتماثل العامل الثاني الخارجي مع السلوكيات الاندفاعية التي لا يمكن التحكم فيها أو الفوضوية ، وتم التحقق من صدق وثبات القائمة بطرق متعددة ؛ حيث توصل معدا القائمة إلى معاملات صدق وثبات عالية يمكن الاطمئنان إليها عند استخدام القائمة .

استمارة تقرير المعلم The Teacher Report Form (TRF) إعداد أكينباتش وإيدلبروك Achenbach & Edelbrock (١٩٨٦) وهي قائمة مراجعة يكملها المعلم وتغطى مجموعة واسعة من المشكلات السلوكية عند الأطفال ، وتتكون القائمة من ١١٨ فقرة ، إلى جانب ٢٠ فقرة أخرى تتضمن الكفاءات الاجتماعية في الموقع المدرسي ، ويطلب من المعلمين أن يقدروا الطفل في كل سلوك على أنه لا يحدث أبداً (صفر) ، يحدث إلى حد ما (١) ، يحدث بدرجة كبيرة جداً (٢) ، ويتضمن القائمة ثمان عوامل منفصلة هي : الانسحاب ، والشكاوى الجسمية ، مكتئب وقلق ، والمشكلات الاجتماعية ، ومشكلات التفكير ، ومشكلات الانتباه ، والسلوك المنحرف ، والسلوك العدواني إلى جانب عاملين مركبين تم الحصول عليها من قائمة مراجعة سلوك الطفل التي أكملها الوالدان ، وتصلح استمارة تقدير المعلم للتطبيق على الأطفال الذين تتراوح أعمارهم الزمنية من ٤ – ١١ سنة ، والمراهقين الذين تتراوح أعمارهم الزمنية من ١٢ – ١٨ سنة ، ويستغرق تطبيق هذه

الاستمارة حوالي ٢٠ دقيقة ، وتم حساب صدق استمارة تقدير المعلم بطرق متعددة منها طريقة الاتساق الداخلي ، وطريقة الصدق التلازمي (المــرتبط بالمحك) ، وتم حساب الثبات بطريقة إعادة الإجراء .

التقريــر الــذاتي للــشباب The Youth Self Report (YSR) إعــداد أكينباتش وإيدلبروك Achenbach & Edelbrock (١٩٨٧) وهو مقيــاس مكون من ١٠٣ فقرة يقوم بتكملته المراهق ويقــيس المــشكلات الــسلوكية والتوافق الاجتماعي في صيغة مشابهة للصيغ الخاصة بالمقاييس التي يكملها الوالدين والمعلم ويصلح للتطبيق على الأفراد الذين تتراوح أعمارهم الزمنية من ١١ – ١٨ عاماً ؛ ويطلب من المستجيب أن يقدر السلوك المتضمن فــي كل فقرة وفقاً لثلاثة اختيارات هي السلوك لا يحدث أبداً (صفر) ، يحدث إلى حد ما أو أحياناً (١) ، يحدث بدرجة كبيرة جداً (٢) ، ويتضمن المقياس نفس العوامل التي تم الحصول عليها في قائمة مراجعة سلوك الطفل ، واســتمارة تقدير المعلم والعوامل المركبة للسلوك الداخلي والخارجي ، ويستغرق تطبيق هذا المقياس حوالي ٢٠ دقيقة ، وهذا المقياس مختصر وغير مكلف وســهل الإجراء .

قائمة مراجعة المشكلات السلوكية المنقحــة أو المعدلــة The Revised Behavior Problem Checklist (RBPC) إعداد كواى وبيترسون Quay & Peterson (١٩٨٧) وتهتم هذه القائمة بقياس مجموعة واسعة للمشكلات السلوكية عند الطفل ، ويتم تطبيقها على الوالدين والمعلمــين أو الراشــدين الآخرين الذين لهم اتصال مكثف بالطفل ، وتحتوى القائمة علــى ٩٨ فقــرة يوجد أمام كل منها ثلاثة اختيارات هي : لا تمثل مشكلة (صــفر) ، وتمثــل مشكلة متوسطة (١) ، وتمثل مشكلة حادة (٢) ، وتوزع عبارات القائمة على ستة عوامل هي اضطراب المسلك ، والعدوان المتوافق اجتماعياً ، ومشكلات

نقص الانتباه ، والقلق- الانسحاب ، والسلوك الذهاني ، والنشاط الزائد ، وتصلح القائمة للتطبيق على الأفراد الذين تتراوح أعمارهم الزمنية من ٥ – ١٧ عاماً .

مقياس كونرز المعدل لتقديرات الوالدين The Revised Conners' Parents Rating Scale (CPRS-R) إعداد كونرز وآخرون Conners et al. (١٩٩٨) وهو عبارة عن مقياس مكون من ٥٧ فقرة ويقوم الوالدان بتكملته لتقدير المشكلات المعرفية Cognitive Problems ، وسلوك العناد Oppositional Behavior ، والنشاط الزائد – الاندفاعية Hyperactivity-Impulsivity ، والسلوكيات التي تتسم بالخجل- القلق Anxious-Shy Behaviors ، والكمالية (مشكلات تتعلق بالحرص الزائد على الإتقان) Perfectionism ، والمشكلات الاجتماعية Social Problems ، والسلوكيات السيكوسوماتية Psychosomatic Behaviors لدى الأفراد الذين تتراوح أعمارهم من ٣ – ١٧ عاماً ، ويقوم الوالدان بتوضيح ما إذا كان الطفل يعرض هذه السلوكيات أم لا مع بيان حدة أو شدة هذه السلوكيات التي تتراوح من ليس صحيحاً على الإطلاق (صفر) إلى صحيح بقدر كبير جداً (٣) ، ويستغرق تطبيق هذا المقياس أقل من عشرين دقيقة ، وقد أظهرت نتائج عدد كبير من الدراسات أن هذا المقياس يقيس مشكلات المسلك ، والنزاع بين الوالدين والطفل بالإضافة إلى اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد .

مقياس كونرز المعدل لتقديرات المعلم The Conners Teacher Rating Scale-Revised (CTRS-R) إعداد جويتي وآخرون Goyette et al. (١٩٧٨) ويتكون المقياس من ٢٨ فقرة ويقوم المعلم بتكملته لتقدير اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الأفراد الذين تتراوح أعمارهم من ٣ – ١٧ عاماً ، وكما هو الحال بالنسبة لمقاييس كونرز

الأخرى فإن فقراته لا ترتبط بدقة بـأي فقـرات فـي الـدليل التشخيـصي والإحصائي بالنسبة لهذا الاضطراب ، ويقوم المعلمون بتوضيح ما إذا كـان الطفل يُعرض كل سلوك في سلسلة للسلوكيات الفوضوية مع حـدة الـسلوك الذي يتراوح من مطلقاً (صفر) ، بقدر محدود (١) ، بقدر كبير (٢) ، بقـدر كبير جداً (٣) ويتضمن المقياس ثلاثة مقاييس فرعية هي : مشكلات المسلك Conduct Problems ، والنشاط الزائد Hyperactivity ، ونقص الانتباه – السلبية Inattention-Passivity ، ويستغرق تطبيق المقيـاس حـوالي ١٠ دقائق ، ويتوافر ثلاثة أشكال إضافية لمقياس كونرز لتقدير المعلم : النـسخة الأصلية الأطول وتشمل ٣٩ فقرة تتضمن السلوكيات الداخلية ، والاسـتبيان المختصر للأعراض المرضية المكون من ١٠ فقرات التـي يؤكـد عليهـا المعلمون بالنسبة للأطفال الذين لديهم نشاط زائد ، والنسخة الثالثة وتتكـون من ١٠ فقراتٍ أيضاً وتتضمن عاملين هما النشاط الزائد ، والعدوان (مـع وصف العدوان بشكل أكبر على أنه سلوك ينم عن العناد) .

وقام كونرز وآخرون .Conners et al (١٩٩٧) بتطـوير مقيـاس عبارة عن تقرير ذاتي مكون من ٦٤ فقرة لتقدير الأعراض السيكوباثولوجية لدى المراهق ، ويوحي التحليل العاملي أنه يقـيس سـت عوامـل هـي : المشكلات الأسرية Family Problems ، والمشكلات الانفعالية Emotional Problems ، مشكلات المسلك Conduct Problems ، والمشكلات المعرفية Cognitive Problems ، والمشكلات المتعلقـة بـضبط الغـضب Anger Control Problems ، والنـشاط الزائـد Hyperactivity ، ويتمتـع هـذا المقياس بمعاملات صدق عالية ؛ حيث وصل معامل الصدق التلازمي إلـى ٠,٨١ وتراوحت معاملات ثبات ألفا للمقاييس الفرعية المكونة للمقياس بـين ٠,٨٣ ، ٠,٩٢ وجميعها معاملات عالية يمكن الاطمئنان إليها عند اسـتخدام

المقياس .

استبيان المواقف المنزلية The Home Situations Questionnaire (HSQ) إعداد باركلى Barkley (١٩٨١) وتم تصميم هذا الاستبيان لتقدير الوالدين لحدة وأنواع المشكلات المتعلقة بالسلوك الفوضوي التي يتم ملاحظتها في البيت ، ويقوم الوالدان بتقدير كل سلوك من الـ ١٦ سلوك المسببة للمشكلات من أجل التأكد من وجوده وحدته ، وذلك على مقياس يتراوح من معتدل (١) إلى حاد(٩) ، والفقرات الموجودة في هذا الاستبيان لا تستند إلى معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية ، وتسفر الاستجابات عن وجود درجتين أحدهما لعدد المشكلات والأخرى لمتوسط الحدة ، وقام برين وألتيبيتر Breen & Altepeter (١٩٩٠) بإجراء تحليل عاملي للاستبيان وحصلا على أربعة عوامل هي : إجراءات الرعاية Custodial Transactions ، والتفاعلات غير الأسرية Non-Family Transactions ، وأداء المهمة Task Performance ، واللعب الانفرادي Isolate Play ، وعندما تمت مقارنة هذه النتائج باستبيان المواقف المدرسية وجدا قابلية للتغيير في سلوك الطفل المسبب للمشكلات في البيت ومثل هذه التشابهات الموقفية والفروق الموقفية يُعد معرفتها ضرورياً في تشخيص اضطراب السلوك الفوضوي .

استبيان المواقف المدرسية The School Situations Questionnaire (SSQ) إعداد باركلى Barkley (١٩٨١) وتم تصميم هذا الاستبيان لتقدير المعلمين لحدة وأنواع المشكلات المتعلقة بالسلوك الفوضوي التي يتم ملاحظتها في الموقع المدرسي ، ويقوم المدرسون بتقدير كل سلوك من الـ ١٦ سلوك المسببة للمشكلات من اجل التأكد من وجوده وحدته ، وذلك على مقياس يتراوح من معتدل (١) إلى حاد (٩) ، وتسفر الاستجابات عن وجود

درجتين أحدهما لعدد المشكلات والأخرى لمتوسط الحدة أو الشدة ، وعندما تمت مقارنة هذا الاستبيان باستبيان المواقف المنزلية وجد أن استبيان المواقف المدرسية يحدد قابلية للتغير الموقفي في سلوك الطفل المسبب للمشكلات .

قائمة آيبرج لسلوك الطفل The Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) إعداد آيبرج Eyberg وتم تصميم هذه القائمة لقياس أوجه السلوك المسببة لمشكلات المسلك عند الأطفال بهدف تقييم المشكلات السلوكية للطفل في المنزل كما يقررها الوالدان ، وتتكون القائمة من ٣٦ فقرة ، ومن بين الفقرات التي تتضمنها القائمة تلك التي تتضمن الشجار اللفظي مع الأصدقاء في نفس العمر الزمني ، ورفض الطفل القيام بالعمل النظامي الروتيني اليومي في المنزل ، وانخفاض مستوى آداب المائدة لدى الطفل ، والصراخ ، وتعكس معظم الفقرات سلوك الرفض والمعارضة التي تُعد مقلقة ومزعجة للوالدين وذلك بدلاً من الأفعال الخطيرة المضادة للمجتمع ومع ذلك فهناك بعض الاستثناءات ؛ حيث توجد بعض العبارات التي تتناول السرقة وتحطيم الأشياء ، وهذه القائمة تعد من أوسع المقاييس انتشاراً فيما يتعلق بمقاييس تقدير الوالدين ، وتقيس هذه القائمة سلسلة من المشكلات المرتبطة بأوجه السلوك التي تتضمن العدوان Aggression ، وعدم الامتثال Non-compliance ، ونوبات الغضب Temper Tantrums ، وسلوكيات الضيق والفوضى Disruptive and Annoying Behaviors ، والسرقة Stealing ، والكذب Lying ، وتستخدم هذه القائمة لتقدير سلوكيات الأفراد الذين تتراوح أعمارهم من ٢ – ١٧ عاماً ، ويتم تقييم كل سلوك يصدر عن الفرد وفق قاعدتين القاعدة الأولى هي قاعدة المشكلة (مشكلة الاضطراب) وتقيس إذا كان السلوك يمثل مشكلة أم لا بمعنى أنه يتم تقييم كل عبارة من جانب الوالد

على أنها تمثل مشكلة أم لا وذلك بوضع علامة تحت نعم أمـام العبـارة أو الفقرة إذا كانت تمثل مشكلة أو وضع علامة تحت لا إذا كانت الفقرة لا تمثل مشكلة ، والقاعدة الثانية هـي قاعـدة الـشدة أو الحـدة (شـدة أو حـدة الاضطراب) وتقيس مدى شدة حدوث هذه السلوكيات أو عدد مرات حدوثها وتتراوح درجة كل عبارة بين درجـة واحدة (لا يحدث إطلاقاً) على سبع درجات (يحدث دائماً) وتعطى القائمة بذلك درجتين تعكسان عدد المشكلات ومدى حدة أو شدة تلك المشكلات تتمثل الأولى وهي عدد المشكلات في تلك العبارات التي تم إقرارها بالإيجاب أي أنها تعبر عن العدد الإجمالي لأوجـه السلوك التي تمت الإجابة عليها بنعم ، بينما تمثل الثانية مدى حدة أو شـدة تلك المشكلات في الدرجة الكلية للقائمـة بعد جمع درجة كل عبارة أي أنها تعبر عن التكرار الكلى أو الإجمالي للحدوث (بيرنز وباترسون Burns & Patterson) ١٩٩٠) .

ومما يجب الإشارة إليه أن الفقرات المكونة للقائمة ليـست مرتبطـة بشكل خاص بأي من معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضـطرابات النفسية ، وتستغرق القائمة حوالي ١٠ دقائق فقط لتكملتها .

مقياس التقدير الشامل لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائـد الخاص بـالمعلم The ADHD Comprehensive Teacher Rating Scale (ACTeRS) إعداد يولمان وآخرون .Ullmann et al (١٩٨٤ ؛ ١٩٨٥ ؛ ١٩٨٨) ويتكون المقياس من ٢٤ فقرة لقياس أو تقدير مـشكلات الـسلوك الفوضى موزعة على أربعة عوامل هي : الانتباه Attention ، والنـشاط الزائد Hyperactivity ، والعناد Oppositional ، والمهارات الاجتماعيـة Social Skills وتتراوح الاستجابة على الفقرات المكونة للمقياس من إطلاقاً (١) إلى دائماً (٥) .

٢- الملاحظات السلوكية :

تُعد الملاحَظة الخطوة الأولى في البحث العلمي وذلك لأنهـا توصـل الباحث إلى الحقائق وتمكنه من صياغة فروضه ونظرياته ، وعنـدما يقـوم الباحث بجمع بيانات لأغراض بحث علمي ما فإنه يحتاج لمشاهدة الظـواهر بنفسه أو يستخدم مشاهدات الآخرين للظاهرة أو الظواهر موضوع البحـث ويمكن أن تتم الملاحظة بشكل مباشر سواء فـي المنـزل أو المدرسـة أو المجتمع المحلى ، ويتمثل الأساس لمكونات الملاحظة المباشرة فـي تحديـد السلوك المراد ملاحظته بدقة وتحديد المواقف التي سوف تتم فيها ملاحظـة السلوك والتأكد من أن السلوك تتم ملاحظته بدقة .

ويتم استخدام الملاحظات السلوكية عادة أو بشكل نمطي في الممارسة الكلينيكية للحصول على معلومات كيفية أو وصفية عن سلوك الفرد لكي يتم تحديد محتوى السلوكيات المذكورة ، وتوضيح التفاوت في تقارير المُبلِّغين ، والكشف عن السلوكيات التي لم يتم ذكرها فـي قـوائم المراجعـة أو فـي المقابلات الشخصية ، ويجب على الفاحص أن يضع فـي اعتبـاره دخـول الطفل في بيئة جديدة ، وكيف يتفاعل مع الوالدين وغيرهم من أفراد الأسرة والأقران أو غيرهم من الكبار وكيف يقوم الطفل بتنظيم سلوكه وانفعالاته .

ويمكن أن تقدم الملاحظة المباشرة لسلوك الطفل معلومـات وصـفية لتشخيص وتقييم فاعلية العلاج ، وقد تكون الملاحظة مهمة أيضاً لعمل توافق مع تقارير المبلغين المتفاوتة التي لا يمكن الاعتماد عليها أو الوثوق فيهـا ، ورغم وفرة البيانات التي يتم الحصول عليها فإن الطرق المتعلقة بالملاحظة كان لها استخدام ضئيل خارج المواقع البحثية لأنها تتطلـب وقـت مكثـف وتحتاج إلى السفر لأماكن أو مواقع طبيعية ، وإذا تم إجراؤها فـي العيـادة فإنها تتطلب معدات وقاعات لإجراء الملاحظة .

ويوجد في الوقت الحالي نظام صريح متاح للملاحظة المباشـرة فـي المدرسة ، وهذا النظام يطلق عليه اسم **استمارة الملاحظة المباشـرة** Direct Observation Form (DOF) إعداد أكينبـاتش Achenbach (١٩٩١ب) يقدم معلومات عن سلوك الطفل وسلوكيات الآخرين المؤثرين على الطفل ، والملاحظات التي يتم تسجيلها يتم ترجمتها إلى فقرات تتعلق بالمشكلات مع وجود تقديرات (صفر) في حالة عدم الحدوث ، (١) في حالة حدوث طفيف أو غامض ، (٢) في حالة حدوث محدود مع وجود شدة أو حدة لأقل من ١٠ دقائق وحتى ١٠ دقائق لحدوث محدد أو قاطع بشدة في مدة تتراوح لـثلاث دقائق أو أكثر ، ويتم تسجيل السلوك الذي يتم عند أداء مهمة باختيار واحـد من بين نعم أو لا في نهاية كل دقيقة ، وتسفر الدرجات عن نقاط فاصـلة أو قاطعة لستة من الأعراض المرضية هي منسحب – غير منتبه Withdrawn Inattentive ، موسـوس– عـصبي Nervous-Obsessive ، مكتئـب Depressed ، ذو نشاط زائد Hyperactive ، يحتاج إلى الانتباه Attention Demanding ، وعدواني Aggressive .

ويرى آلان كازدين (٢٠٠٠) أن هناك العديد من المزايا التي تميـز الملاحظة من أهمها أن الملاحظة تزودنا بمجموعة من التكرارات الواقعية أو الفعلية لسلوكيات معينة سواء كانت اجتماعية أو مضادة للمجتمـع ، وبـذلك يتميز هذا الأسلوب عن أسلوب التقارير الذاتية ، أو أسلوب التقـارير مـن جانب الآخرين ذوى الأهمية بالنسبة للفرد حيث يتأثر هذا الأسلوب الأخيـر كثيراً بالأحكام والانطباعات من جانب هؤلاء الآخرين ، إلا أن هناك العديد من العوائق التي قد تصادف الملاحظة المباشرة وتعترضها بين حين وآخـر حيث نجد أن العديد من السلوكيات وخصوصاً غيـر الظـاهرة أو الخفيـة كالسرقة ، وإساءة استخدام العقاقير ، والاتصالات الجنسية غير الـشرعية لا

تتم ملاحظتها بشكل مباشر ، ومع هذا فإن الملاحظة تضيف لنا العديد من المعلومات الفريدة التي لا تتاح إلا بواسطتها .

استمارة الملاحظة السلوكية

إعداد : فراينجلاس وروث Frauenglass & Routh (١٩٩٩)

بيانات أولية :

اسم الطفل : ——————— الجنس أو النوع (ذكر / أنثى) .

المدرسة : ——————————

تاريخ الميلاد : ——— / ——— / ———

تاريخ إجراء الملاحظة : ——————————

الفاحص أو القائم بالتقدير : ——————————

أ- المظهر الجسمي / المهارات الحركية :

١- الحجم : كبير ( ) متوسط ( ) صغير ( ) .

٢- ملامح أو معالم غير عادية / عاهات جسمية ——————

٣- طريقة المشي : عادية ——— على أطراف الأصابع ———

على الكعبين ——— على القدمين معاً ——— قادر على المشي

أو السير في خط مستقيم لمسافة ٣٠ قدماً نعم ( ) لا ( ) .

٤- القدرة الحركية الكاملة : ——————————

٥- القدرة الحركية الدقيقة : ——————————

٦- السيطرة : باليد اليمنى ——————— باليد اليسرى ———————

: بالقدم اليمنى ——————— بالقدم اليسرى ———————

٧- أشياء أخرى :——————————

ب- الحالة الوجدانية أو الانفعالية :

١- الألفة أو الانسجام مع الفاحص .

أ- الاتصال بالعين : غالباً (   )   أحياناً (   )   أبداً (   ) .

ب- الاستجابة أو الرد على المدح ------------------

٢- الحالة المزاجية : نشيط أو فعـال ---- سـلبي ---- قلـق------

متوتر -------- هادئ -------- واثق--------

٣- الوجـدان : ملائـم (   )   عـالي (   )   منبسـط (   ) .

٤- التحكم السلوكي : مستقل ---- يحتاج إلى مفاتيح أو تلميحات----

٥- الامتثال : ------------------

٦- التفاعل مع النجاح : ----------------

٧- التفاعل مع الفشل : ---------------

٨- تحمل الإحباط :------------------

٩- السلوك الاجتماعي : متوافق (   )   عدواني (   )   سلبي (   ) .

١٠- أشياء أخرى :----------------------------

ت- مستوى النشاط والانتباه :

١- النشاط : عالي (   )   مقبول (   )   منخفض(   ) .

٢- المواءمة لموقف الاختبار :

أ- مستوى الاهتمام : عالي---- مقبول------ منخفض------

ب- مستوى التعاون : ممتاز---- مقبول------ سيئ------

٣- مستوى الثقة بالنفس : واثق من نفسه ---- ثقة بالنفس متوسطة----

لا يثق في قدراته------ غير مدرك للأخطاء -------

٤- مدى الانتباه :

- فترات طويلة في التركيز ----------

- متوسط : ----------------

- مشتت ------ بصري -------- سمعي --------

٥- مثابر أو مواظب ، لديه إثارة ذاتية أو سلوكيات متداخلة---------

٦- أشياء أخرى :--

ث- مهارات العمل :

١- الدافعية : قوية ------ متوسطة ------ رديئة ---------

٢- استراتيجيات حل المشكلة :

أ- المحاولة والخطأ -------- التقليد ------ عشوائي --------

ب- القدرة على التعرف على الأخطاء والتصحيح الذاتي .

نعم ( ) أحياناً ( ) لا ( ) .

ت- القدرة على التعلم من العرض :

نعم ( ) أحياناً ( ) لا ( ) .

٣- درجة التنظيم :

أ- تعتمد على منهج ( ) اعتباطية ( ) غير منظمة ( ) .

ب- يتوقع الخطوة التالية أو القادمة نعم ( ) لا ( ) .

ج- يتعرف على العلاقات السببية نعم ( ) لا ( ) .

د- مهارات التصنيف نعم ( ) لا ( ) .

٤- بذل الجهد : كبير ( ) متوسط ( ) صغير جداً ( ) .

٥- السلوك في العمل :

- شغوف أو متلهف على إحداث انطباع جيد ----------

- يقظ ------ اندفاعي ---------- غير منتظم --------

- خواف أو جبان ------ يتجاوب ببطء شديد ----------

- مهمل ---------- يحتاج إلى الحزم -------- مبدع --------

- لعوب -------- يحاول أن يسعد أو يرضي الآخرين --------

- مثبط ---------- ينشد الكمال ----------

٦- أشياء أخرى : ------------------------------------

ج- **مهارات الاتصال :**

١- تلقائي ، مستجيب ، يتطلب الحث أو التلميح .

٢- المهارات التعبيرية : نعم ( ) أحياناً ( ) لا ( ) .

- الإجابات اللفظية المعقولة .
- الطلاقة في الكلام أو الحديث .
- يستخدم إجابات بكلمة واحدة .
- يستخدم الجمل .
- يستخدم كلاماً عبارة عن ترديد لا إرادي للألفاظ .
- كلام متحفظ .
- عدم وجود كلام .

٣- مهارات التلقي أو التقبل .

- يتبع التوجيهات اللفظية .
- يستجيب للإيحاءات .

٤- أشياء أخرى : ------------------------------------

- تعليقات إضافية : ------------------------------------

٣- المقابلات الكلينيكية :

تتضمن الجوانب الأساسية للمعلومات التي يجب الحصول عليها من المقابلات الشخصية مع الوالدين والمعلمين والطفل ما يلي :

أ- تفاصيل بداية حدوث العرض المرضي أو ظهور الأعراض المرضية ، ومسار السلوكيات المسببة للمشكلات .

ب- معلومات تتعلق بالخلفية عن العوامل المهيئة للخطورة تجاه التاريخ الطبي والتموي والأسرى والتركيب الأسرى والحالة الاجتماعية الاقتصادية وعمر الأمهات ونتائج الاختبارات أو الفحوص الحديثة جداً التي تتعلق بالبصر والسمع وأي تقييم نفسي والسجلات المدرسية التي يتم فيها تسجيل الدرجات ، وسجلات المواظبة أو الحضور ومرات الطرد من المدرسة ، والتورط في أشياء غير قانونية .

ج- عوامل الخطورة المتفاقمة أو الحالة المرضية المشتركة التي تتضمن المنغصات الأسرية ، وطرق الوالدين في التأديب ، وتدني التحصيل الدراسي والأعراض المرضية الداخلية عند الطفل ، والأحداث الحياتية الصدمية أو المسببة للضغوط .

د- التأثير متعدد النظم لاضطراب السلوك الفوضى على التفاعل بين الوالدين والطفل والعلاقات البينشخصية الأخرى ، والكيفية التي من خلالها حاول المُبلغ أن يقوم بعمل مواءمة من الناحية المعرفية والانفعالية للسلوكيات المسببة للمشكلات .

وتعبر المقابلة الشخصية على درجة كبيرة من الأهمية فيما يتعلق بتقدير كل هذه الجوانب ، وتعتبر الاستمارات الديموجرافية التي يستكملها الوالدان أثناء عملية تقييم الطفل بطريقة فردية مُكمل مهم لعملية المقابلة الشخصية ،

ويتم جمع المعلومات الماضية خلال المقابلة الكلينيكية للطفل بأثر رجعى وبطريقة متكررة وذلك من خلال التفاعلات بين الطفل وبين الفاحص وقام ماك كوناجهاى وأكينباتش McConaughy & Achenbach (١٩٩٤) بتطوير المقابلة الكلينيكية شبه المغلقة للأطفال والمراهقين Semistructured

Clinical Interview for Children and Adolescents (SCICA) الـذين تتراوح أعمارهم من ٦ – ١٨ عاماً التي تتضمن جوانب البحث أو التقـصي عن الأنشطة المدرسية ، والوظيفية ، والأصدقاء ، والعلاقـات الأسـرية ، والتخيلات والإدراكات الذاتية والمشاعر والمشكلات التي يذكرها الوالـدين والمعلمين ، واختبارات التحصيل ، ويتم تسجيل المقابلـة الكلينيكيـة شـبه المغلقة للأطفال والمراهقين (SCICA) بصيغة مشابهة لصيغة لقائمة مراجعة سلوك الطفل (CBCL) ، واستمارة تقرير المعلم (TRF) مع تقديرات للسلوك الذي تتم ملاحظته على خمسة مقاييس هي القلـق Anxious ، ومـشكلات الانتباه Attention Problems ، والمقاومة Resistant ، والغرية Strange ، والانسحاب Withdrawn ، والتقرير الذاتي للطفل عن المصاعب وذلك على ثلاثة مقاييس هي الـسلوك العـدواني Aggressive Behavior ، القلـق / الاكتئـاب Anxious / Depressed ، والمـشكلات الأسـرية Family Problems

وقدم جرينسبان Greenspan (١٩٨١) مبـادئ إرشـادية لإجـراء المقابلة الكلينيكية للطفل لتقدير الجوانب التالية : الناحية الجسمية ، والكلام ، واللغة ، والحالة المزاجية ، والقدرة علـى إقامـة علاقـات ، والوجـدان ، واستخدام البيئة ، والتطور الموضوعي للعب ، وينظر إلـى لعـب الطفـل بطريقة تشخيصية للمساعدة في تحديد المسـتوى النمائي والديناميات الداخلية للطفل .

ويجب توافر جلستين تشخيصيتين فرديتين على الأقل لاشتراك الطفل وللقيام بعمل تقدير بدرجة ملائمة لسلوكه ، وقد يظهر الأطفال علـى أنهـم مؤدبين وذو أخلاق حسنة ، ويمتثلون في الجلسة الأولى وذلك بسبب الخوف أو الخجل ، وبمجرد أن يتم اشتراكهم فإنهم لا يـستطيعون أن يـذكروا أي

معلومات من شأنها أن تكشف تجاربهم المؤلمة فيما يتعلق بالإساءة أو الإهمال أو وجود اضطراب داخلي يتعلق بحالة مرضية مشتركة أو اكتئاب ، وعند نقطة معينة قد يريد الفاحص أو المرشد أن يستخدم استفساراً مثل : أحياناً عندما يحدث شيء سيء للأطفال فإنهم يغضبون بطرق تُدخلهم في متاعب أو مشكلات، فهل حدث لك شيء مثل ذلك ؟ وبالنسبة لإجابات الأطفال بشأن مشكلات الأقران فإن أي تأنيب للضمير بشأن السلوكيات المسببة للمشكلات والإحساس بعدم القدرة على كبح الاندفاعية، كل هذه الجوانب يجب البحث فيها من خلال هذه المقابلات الشخصية وأثناء اللعب التشخيصي .

٤- مقاييس الوالدين والأسرة :

يتضمن التقدير متعدد النظم للعوامل الوالدية والأسرية تقييماً للتوافق أو للمواءمة السيكولوجية للوالدين (ولاسيما الاكتئاب) ، والتوافق الزواجي والضغوط عند الوالدين ، والمساندة الاجتماعية ، والممارسات الوالدية ، والتفاعلات الأسرية ، وكثير من المعلومات التي لدى الوالدين مثل الأساليب الفنية لترويض السلوك والسمات الشخصية ، والمهارات الوالدية ، وطرق التأديب أو التهذيب ، ومراقبة أنشطة الطفل ، واستخدام موارد المجتمع يتم الحصول عليها أثناء مقابلة الوالدين ، ومن خلال ملاحظة التفاعل بين الطفل والوالدين ، والمعلومات الديموجرافية المتعلقة بالتركيب الأسري ، والمستوى التعليمي للوالدين ، والمهنة أو الوظيفة ، والتاريخ الطبي والتي يتم تدوينها جميعاً في استمارات المقابلة يتم الاستفسار عنها بشكل أكبر خلال المقابلة الشخصية للوالدين ، وكثير من المعلومات التي تم جمعها خلال مقاييس الوالدين والأسرة يمكن تناولها أيضاً في المقابلات المتعاقبة مع الوالدين خلال مسار عملية التقدير لأن الانسجام والألفة يتزايد ، ولقد تم تطوير العديد من

المقاييس لتقدير المتغيرات النوعية للأغراض البحثية ، والكثير من هذه المقاييس تعتبر واعدة بالنسبة للتطبيقات الكلينيكية (باركلى Barkley ، ١٩٩٧أ ؛ باركلى Barkley ، ١٩٩٧ب) .

٥- **التوافق النفسي للوالدين :**

لتقدير السمات العامة لشخصية الوالدين ومستوى الأعراض المرضية الاكتئابية على وجه التحديد يتم استخدام **قائمة مراجعة الأعراض المرضية المعدلة** The Symptom Checklist 90-R (SCL-90-R) إعداد: ديروجاتس Derogates (١٩٨٣) ، وقائمة بيك للاكتئاب Beck Depression Inventory (BDI) ، إعداد بيك وآخرون .Beck et al (١٩٦٦) ، وقائمة تشخيص الاكتئاب Inventory to Diagnose Depression (IDD) إعداد زيمرمان وآخرون .Zimmerman et al (٢٠٠٤) ، وهذه الأدوات مختصرة وبها تناسب بين التكلفة والعائد من أجل تقدير السمات العامة لشخصية الوالدين ، ومستوى الأعراض المرضية الاكتئابية على وجه التحديد .

وتم تصميم قائمة مراجعة الأعراض المرضية لتشخيص الأعراض السلوكية وتشتمل القائمة على ٩٠ فقرة يتم من خلالها للكبار أن يعبروا بطريقة التقرير الذاتي لمقدار المحنة أو الكرب الذي تم تجربته من أعراض مرضية سيكولوجية ، وتندرج الأعراض السلوكية تحت تسعة أبعاد فرعية هي الأعراض الجسمانية Somatization ، والوسواس القهري -Obsessive Compulsive ، والحساسية التفاعلية Interpersonal Sensitivity ، والاكتئاب Depression ، والقلق العام Anxiety ، والعداوة Hostility ، وقلق الخواف Phobic Anxiety ، والبارانويا التخيلية Paranoid Ideation ، والذهانية Psychoticism ، ويتم تصحيح كل مقياس فرعي

بالقائمة باستخدام مفتاح التصحيح الخاص به ، ويطلب من المفحوص أن يجيب على كل فقرة من فقرات القائمة تبعاً لبدائل خمسة تتراوح تقديراتها من صفر - ٤ ، ويتم جمع الدرجات لثلاثة مؤشرات للكرب (المؤشر الشامل للحدة أو الشدة ، وإجمالي الأعراض المرضية الموجبة ، ومؤشر كرب الأعراض المرضية الموجبة) وتتوافر البروفيلات باستخدام المعايير الكلينيكية وغير الكلينيكية ، وتتمتع القائمة بمعاملات صدق وثبات قوية ، وتتميز القائمة بأنها تقدم تقرير عام للحالة النفسية للوالدين والتي إما أن تكون مرتبطة باضطراب سلوك الطفل أو استجابة لعلاج تم الاتفاق عليه ، ونقل هذه القائمة إلى العربية عبد الرقيب البحيري (١٩٨٤) .

وتتكون قائمة بيك للاكتئاب من ٢١ مجموعة من الفقرات تعتمد على أسلوب التقرير الذاتي لقياس شدة الاكتئاب لدى المراهقين والبالغين بدءاً من سن ١٣ عاماً ، وتم تصميم القائمة بغرض تقييم الأعراض المرضية المتضمنة في محك الاضطرابات الاكتئابية في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية ، وتمثل فقرات القائمة عبارات وصفية نمطية فيما يتعلق بالأعراض التي يتم إظهارها بشكل متكرر بواسطة الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب ، وتتألف كل فقرة من أربع عبارات ، ويطلب من المفحوص أن يختار عبارة واحدة فقط من بين كل مجموعة وتم ترتيب هذه العبارات تبعاً لشدة محتوى العبارات الأربع الموجودة في كل فقرة بحيث تتضمن أفضل وصف لما شعر به الفرد في الأسبوع الماضي ثم يقوم بوضع دائرة حول الرقم المجاور لتلك العبارة التي اختارها سواء كان صفر أو ١ أو ٢ أو ٣ وذلك حسب شدة العرض الذي تمثله العبارة والأعراض المرضية التي تقيسها العبارات هي الحزن ، والتشاؤم ، والفشل السابق ، وفقدان الاستمتاع ، ومشاعر الإثم ، ومشاعر العقاب ، وعدم حب الذات ، ونقد

الذات ، والأفكار أو الرغبات الانتحارية ، والبكاء ، والتهيج والاستثارة ، وفقدان الاهتمام ، والتردد ، وانعدام القيمة ، وفقدان الطاقة ، وتغيرات نمط النوم ، والقابلية للغضب ، وتغيرات الشهية ، وصعوبة التركيز ، والإرهاق أو الإجهاد ، وفقدان الاهتمام بالجنس ، وتم تجميع هذه الأعراض المرضية في عاملين هما : البعد المعرفي الوجداني للاكتئاب المقرر ذاتياً ، والبعد الجسدي المقرر ذاتياً ، وتم دراسة المواصفات السيكومترية للمقياس بطرق متعددة وأظهرت النتائج أن القائمة تتمتع بصدق وثبات عالٍ ، ونقل هذه القائمة إلى العربية غريب عبد الفتاح (٢٠٠٠) .

وقام زيمرمان وآخرون Zimmerman et al. (٢٠٠٤) بإعداد قائمة **تشخيص الاكتئاب** Inventory to Diagnose Depression وذلك لقياس اضطراب الاكتئاب طبقاً لمعايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (DSM-IV-TR) ، وتتكون القائمة من مجموعتين من العبارات تتضمن المجموعة الأولى ٢٢ سؤالاً يلي كل سؤال خمسة خيارات ويطلب من المفحوص أن يختار عبارة واحدة من بين الخيارات الخمس التي تتضمن أفضل وصف لما يشعر به في الأسبوع الماضي أو الأسبوعين الماضيين ثم يقوم بوضع دائرة حول الرقم المجاور لتلك العبارة التي اختارها سواء كان صفر أو ١ أو ٢ أو ٣ أو ٤ ، وإذا رأى المفحوص أن أكثر من عبارة في كل مجموعة تنطبق عليه بالدرجة نفسها عليه أن يضع دائرة أخرى حول الرقم الذي يقابل كل منها ، وبالنسبة للمجموعة الثانية فإنها تتألف من تسع عبارات ، يوجد أمام العبارات السبع الأولى منها خمسة خيارات على المفحوص أن يختار واحدة منها وفقاً لحالته ، والعبارتان الأخيرتان تتم الإجابة عليهما كما في عبارات المجموعة الأولى .

وتختلف هذه القائمة عن مقاييس الاكتئاب الأخرى في ثلاث نواح هي:

- أنها تغطي المدى الكامل للأعراض الاكتئابية المتضمنة في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية .
- أنها لا تقتصر على تحديد حدة أو شدة الأعراض الاكتئابية فقط بل تستخدم في تحديد وجود أو غياب الأعراض المرضية .
- أنها تقدر جوانب الضعف النفسي الاجتماعي Psychological Impairment ونوعية الحياة .

ويتم تصحيح القائمة بجمع الدرجات التي يحصل عليها المفحوص في كل مفردة من مفردات القائمة للحصول على الدرجة الكلية ، وفي حالة اختيار المفحوص لأكثر من عبارة داخل المجموعة الواحدة فإنه على القائم بعملية التصحيح في هذه الحالة أن يختار العبارة ذات التقدير الأعلى عند حساب الدرجة الكلية على القائمة ، وتتمتع القائمة بمعاملات صدق وثبات عالية ، ونقل هذه القائمة إلى العربية مجدي الدسوقي (٢٠٠٨) .

٦- التوافق الزواجي :

يساعد التقدير المبكر للتوافق الزواجي في التخطيط للعلاج عن طريق تحديد الجوانب التي يمكن أن يتم استهدافها للتدخل بشكل منفصل وبالتالي يتم تحسين المستوى الأسرى وكذلك الأداء الوظيفي من أجل تأييد التغيير السلوكي عند الطفل المضطرب ، ومن المقاييس التي يتم استخدامها لتقدير التوافق الزواجي **قائمة الرضا الزواجي** Marital Satisfaction Inventory (MSI) إعداد شنايدر Snyder (١٩٨١) وهذه القائمة تحدد بشكل منفصل –بالنسبة لكل من الزوج والزوجة – طبيعة ومصادر الضيق الزواجي ومداه على طول عدة أبعاد للعلاقة والتفاعل بينهما ، كما تميز بدقة بين الأزواج الذين يعانون من الضيق الزواجي وبين غيرهم ممن يعيشون حياة زواجية

تتسم بالرضا الزواجي أو السعادة الزوجية ، وتتكون القائمة من ٢٨٠ فقـرة أو بند يجيب عليها كل من الزوج والزوجة أو أحدهما بشرط ألا تقل فتـرة الزواج عن ستة شهور على أن تتم الإجابة عليها بشكل منفصل أحدهما عن الآخر بحيث يقرر الزوج والزوجة خبراتهمـا الشخـصية وتقـديراتهما أو تقيماتهما لزواجهما على كل بند من البنود على أساس صح أو خطأ ، وتتألف القائمة من ١١ مقياساً فرعياً يتم حساب درجاتها فيما عدا مقيـاس التآلفيـة ومقياس توجهات الأدوار في اتجاه عدم الرضا ويعنى ذلـك أن الـدرجات المرتفعة تعكس مستويات مرتفعة من عدم الرضا داخل المقيـاس الفرعـي موضع القياس .

والمقاييس الفرعيـة التـي تتـألف منهـا القائمـة هـي : التآلفيـة Conventionalization ، والـضيق الكلـي بـالزواج Global Distress ، والتواصل الوجداني Affective Communication ، والاتـصال الموجـه لحل المشكلات Problem-Solving Communication ، والمـشاركة فـي قضاء الوقت Time Together ، والخلافات المالية Disagreement about Finances ، وعدم الرضا الجنسي Sexual Dissatisfaction ، وتوجهـات الأدوار Role Orientation ، والتـاريخ العـائلي للاضـطراب الزواجـي Family History of Distress ، وعدم الرضا عن العلاقة بـين الوالـدين والأطفال Dissatisfaction with Children ، والصراعات المتعلقة بأساليب تنشئة الأطفال Conflict Over Childrearing ، وتكمن القوة الأولية لقائمة الرضا الزواجي في قدرتها على تحديـد المـصادر المعينـة أو النـزاع أو الصراع الزواجي ، والمدى النسبي للسخط أو الضيق الزواجـي فـي تلـك الميادين المتعلقة بهذه المصادر ، وتعد القائمة أداة تشخيصية للاختلال العـام للتوظيف الزواجي لها استخداماتها الكلينيكية الهامة ، والقائمـة بـذلك تعـد

وسيلة سريعة وفعالة لتحديد المدى الذي يعمــل عنــده الـضيق أو الـسخط الزواجي كعوامل مرسبة لاضطراب نفسي لدى الزوجين أو أحدهما كرد فعل لذلك الاضطراب ونقلت هذه القائمة إلى العربية فيولا الببلاوى (١٩٨٧أ) .

وهناك اختبــار لــوك- والاس للتوافــق الزواجـــي Locke-Wallace Marital Adjustment Test (LWMAT) الذي يتكون من سبع نقاط لتقدير ثمانية جوانب للعلاقة الزواجية هي : المسائل المالية Financial Matters ، والترفيه Recreation ، وعرض المودة أو العاطفــة Demonstration of Affection ، والأصـــدقاء Friends ، والعلاقـــات الجنـــسـية Sexual Relations ، ومراعاة التقاليد أو التمسك بها Conventionality ، وفلـسفة الحياة Philosophy of Life ، والتفاعل مع الجوانب أو النواحي القانونيـة Dealing with in Laws ، ويقدم هذا المقياس انطباع عــام عــن العلاقــة الزواجية (فراينجلاس وروث Frauenglass & Routh (١٩٩٩) .

٧- الضغوط الوالدية :

تعنى الضغوط الوالدية كما ترى فيولا الببلاوى (١٩٨٨) الظــروف أو المطالب المفروضة على الوالدين في سياق تفاعلهم مع أبنائهم ، سواء تلك الظروف أو المطالب الناجمة عن طبيعة الوالــدين وخصائــصهما أو تلــك الناجمة عن طبيعة الطفل وخصائصه ، الأمر الذي يفرض علــى الوالــدين نوعاً من التوافق في سياق هذا التفاعل ، وقياس الـضغوط الوالديــة يــوفر تنبؤات عن مسار نمو العلاقة بين الوالدين والطفل وعن مدى التوافق النفسي لدى الطفل في مراحل النمو التالية .

ويُعد دليل الضغوط الوالديــة Parenting Stress Index (PSI) إعــداد أبيدين Abidin (١٩٨٣) الذي يتكون من ١٠١ بنداً بالإضافة إلى ١٩ بنداً اختيارياً كمقياس فرعي لضغوط الحياة ، وهذا الدليل يتضمن ثـلاث عــشر

مقياساً فرعياً موزعين في مجالين أو بعدين رئيسيين هما : المجال أو البعد الخاص بالطفل Child Domain (ويتضمن ٦ مقاييس فرعية) والمجال أو البعد الخاص بالوالدين Parent Domain (ويتضمن ٧ مقاييس فرعية) بالإضافة إلى المقياس الاختياري الخاص بضغوط الحياة ، ومن خلال هذه الدليل يتم تقدير مقدار الضغوط في العلاقة بين الوالدين والطفل بالنسبة للأطفال الذين تصل أعمارهم إلى ١٢ عاماً ، ويقوم الوالدين بتقدير الفقرات على مقياس مكون من خمس نقاط هي : موافق بشدة (١) ، موافق (٢) ، غير متأكد (٣) ، غير موافق (٤) ، غير موافق بشدة (٥) ، والمقاييس الخاصة بالطفل تتضمن ٤٧ بنداً موزعة على المقاييس الفرعية التالية : التوافقية أو القدرة على التكيف Adaptability ، والتقبلية Acceptability ، وكثرة المطالبة والإلحاح Demandingness ، والتقلب المزاجي Mood ، التشتت أو الإلتهاء / النشاط الزائد Distractability / Hyperactivity ، وتدعيم الطفل للوالدين Reinforces Parent ، بينما تتضمن المقاييس الخاصة بالأم أو الأب ٥٤ بنداً موزعة على المقاييس الفرعية التالية: الاكتئاب Depression ، الرابطة العاطفية بالطفل Attachment ، قيود الدور الوالدي Restrictions of Role ، والإحساس بالكفاءة Sense of Competence ، والعزلة الاجتماعية Social Isolation ، والعلاقة بين الزوجين Relationship with Spouse ، وصحة الوالدين Parental Health ، ومع أن الدليل يستند إلى افتراض أساسي يؤكد على أن الأم هي الركيزة الأساسية لكل نظام الأسرة وهي الأكثر وعياً بكل نظام التفاعل بين الوالدين والطفل ومن ثم فهي الأقدر على أن تجيب على بنود هذا الدليل ، إلا أن هذا الدليل قد صمم على نحو يمكن معه أن يطبق على الأم أو على الأب أو على كل منهما ، ويتمتع الدليل بخواص سيكومترية قوية تتضمن القدرة على التمييز بين العينات الكلينيكية والعينات غير الكلينيكية إلى جانب التنبؤ

بالمشكلات المسببة للسلوك في فترة مبكرة من نمو الطفل ، ونقلت هذا الدليل إلى العربية فيولا الببلاوى (١٩٨٨) .

٨- الممارسات الوالدية :

يتم ملاحظة الكثير من الجوانب المتعلقة بالأساليب الوالدية مثل كيف يقوم الوالدان بإصدار أوامرهم وكيف يحصلون على الامتثال من الطفل ، والاستجابة الوجدانية للطفل بسهولة في العيادة ، والمراحل والجوانب الأخرى مثل مراقبة أنشطة الطفل والأساليب الفنية المتعلقة بالتأديب أو الترتيب اليومي للروتين المنزلي من الصعب ملاحظتها خارج البيت ، وتم تطوير العديد من المقاييس لمعاينة الممارسات الوالدية في الدراسات البحثية مثل **مقياس الأسلوب الوالدي** Parenting Scale إعداد أرنولد وآخرون Arnold et al. (١٩٩٣) ، وهذا المقياس يتكون من ٣٠ فقرة لتقرير الوالدين ، ويقيس المقياس محاولات الوالدين لتأديب أو تهذيب سوء السلوك عند أطفالهن الذين في مرحلة الحبو ، وهناك مجموعة لعبارات متناقضة عن السلوكيات الوالدية تم تقديرها على مقياس مكون من ٧ نقاط للحصول على درجة كلية وثلاث درجات للمجال (الانحلال أو الاستهتار Laxness ، ورد الفعل الزائد Overreactivity ، والثرثرة Verbosity) وهذا المقياس يتمتع بصدق وثبات جيد ، ولكن مداه العمري الصغير يُحد من تطبيقاته الكلينيكية .

وهكذا ؛ يتضح مما سبق أن إجماع الآراء العلمية والمهنية يحبذ استخدام التشخيص النمطي لاضطراب العناد والتحدي ، واضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، واضطراب المسلك ، ومع ذلك فإن تنفيذ مثل هذا التشخيص النمطي بطريقة يمكن الاعتماد عليها وبشكل صادق يتطلب استخدام مقابلات مقننة مع الوالدين والطفل ، واستخدام تقديرات معيارية من خلال المعلمين ، ولا يحبذ الكلينيكيون استخدام مثل هذه

الإجراءات في ممارستهم الروتينية أو في تقييم العلاج وذلك يرجع إلى سبب واضح وهو أنها متعبة ومكلفة ، وبالتالي يتم استخدام التقدير الكلينيكي الروتيني مثل استخدام المقابلات غير الرسمية بشكل أساسي من أجل بناء الود أو الألفة ، وبالنسبة للتقدير الرسمي يتم التوصية باستخدام قوائم المراجعة السلوكية المقننة من جانب الوالدين والمعلم أو من جانب الطفل أيضاً إذا كان ناضجاً بما يكفي للإجابة بشكل مثمر .

ونظراً لأن قوائم المراجعة هذه نادراً ما تستند إلى أنماط الدليل التشخيصي والإحصائي فإن الطريقة التي يتم التوصية باستخدامها هي الطريقة البُعدية ، وبالإضافة إلى ذلك ينبغي على الكلينيكيين أن يعتمدوا على نظام المدرسة العامة أو الحكومية ليفوا بمسئولياتهم في تقديم تقرير تعليمي نفسي ملائم ، والتأكد من أن المدارس تقوم بعمل ما يفترض أن تقوم بعمله فيما يتعلق بالتقدير سيكون له فائدة إضافية في تقوية سبل الاتصال بين العيادة وبين نظام المدرسة والذي يعتبر في أغلب الأحيان جزء هام جداً من أجزاء التدخل ، وإجراءات التقدير الشامل التي تمت مناقشتها باستفاضة في هذا الفصل يمكن النظر إليها على أنها تمثل الطريقة المثالية للتقدير الكلينيكي التي يجب أن يتم إتباعها إذا سمح الوقت والموارد بذلك .

الفصل التاسع

الفصل التاسع

اضطرابات السلوك الفوضوي لدى المتأخرين عقلياً

مقدمة :

يستخدم مصطلح التأخر العقلي Mental Retardation (MR) كمفهوم شامل للدلالة على انخفاض الأداء الوظيفي العقلي بكافة درجاته ، ويعاني الأطفال المتأخرين عقلياً من الاضطرابات السلوكية بدرجة أكبر من العاديين وأنهم أكثر عرضة للإصابة بالمشكلات السلوكية لما يواجهونه من أحداث الحياة الضاغطة ، ولما لديهم من ظروف واحتياجات خاصة ، ويُعد السلوك الفوضوي من أهم المشكلات السلوكية التي يتسم بها سلوك هؤلاء الأطفال ؛ حيث توصل كامبل Campbell (٢٠٠٦) إلى وجود نسبة تصل إلى ٣٨% من ذوى التأخر العقلي يشتركون في السلوك العدواني وأعمال التخريب ، ويشكل السلوك الفوضوي عبئاً ثقيلاً على الأطفال المتأخرين عقلياً خصوصاً عندما يتحد مع المشكلات السلوكية الأخرى ، ومن ثم يعد التعامل مع السلوك الفوضوي واحداً من المسئوليات الصعبة لدى المعلمين والأخصائيين والعاملين في مجال التربية الخاصة .

وعند مناقشة اضطراب السلوك الفوضوي Disruptive Behavior Disorder في حالة التأخر العقلي من الصواب تماماً أن نكون مدركين جيداً بأن التأخر العقلي ليس له سبب مرضى واحد ، ولكن له عدد لا حصر له تقريباً من الأسباب ، ويتفق معظم العاملون في هذا المجال على أن وجود التأخر العقلي يعد نتيجة لمصفوفة من العوامل التي تتدرج تحت عناوين عوامل الخطورة البيولوجية والاجتماعية ، والبيئية ، والنفسية وكل عامل من هذه العوامل يكون له تأثيرات مختلفة مع اضطراب السلوك الفوضوي .

ويرى ديراندو وكريستودولو Durando & Christodulu (٢٠٠٦) أن نسبة حالات التأخر العقلي غير المعروف سببها العضوى تمثل نسبة كبير تتراوح من ٨٠% : ٩٤% ، ويطلق على مثل هذه الحالات اسم التأخر العقلي ذي الأسباب الثقافية الأسرية أى الأسباب الاجتماعية والثقافية المتدنية والتي تكون موجودة في بيئة الطفل وتترك أثراً سلبياً عليه ، وتؤدى إلى تأخره العقلي مع أنه لا يتوافر حتى الآن دليل قوى على صحة مثل هذا الافتراض ، وهو ما أكدت عليه الجمعية الأمريكية للتأخر العقلي ؛ حيث أرجعت ذلك إلى أسباب نفسية اجتماعية بدلاً من القول بأنها أسباب ثقافية أسرية ، وذلك في مقابل الأسباب العضوية التي تؤدى إلى الإصابة والتسمم ، والإصابات الدماغية العادية ، والشذوذ الكروموسي ، والأمراض التي تصيب الأم وتؤذى الجنين ، واضطراب عملية التمثيل الغذائي ، وعوامل ما قبل الولادة ، والاضطرابات النفسية للأم الحامل ، وتعد العوامل العضوية مسئولة عن حوالى ٧٠% تقريباً من حالات التخلف العقلي الشديد ، وحوالي ٥٠% من حالات التخلف العقلي البسيط، بينما تتمثل الأسباب البيئية في التعرض للرصاص والزئبق والتعرض للإشعاع وتعاطي الأم للمشروبات الكحولية والمخدرات والتدخين وتعاطي الأم الحامل للعقاقير دون استشارة الطبيب وتعرض الأم الحامل للأمراض المعدية أو سوء التغذية .

ويفترض وجود التأخر العقلي الاجتماعي النفسي Psychosocial Mental Retardation عندما يكون الشخص الذي يعانى من التأخر العقلي له تاريخ أسرى يفيد بوجود تأخر عقلي ولا يكون هناك سبب عضوي ، وتكون هناك عوامل سيئة تتمثل في البيئة المنزلية الرديئة ، ونقص عام في الجانب الصحي ، وبيئة معيشية تتسم بالفوضى ورعاية طبية غير كافية ، وسوء تغذية (آمان وآخرون Aman et al. ، ١٩٩٣) ، ومن ثم فإن التأخر

العقلي مسار شائع لمجموعة كبيرة جداً من الأسباب الممكنة أو المحتملة وملامحه أو معالمه الجوهرية هي نسبة الذكاء المنخفض بصورة غير طبيعية وما ينتج عن ذلك أو يصاحبه من سوء التوافق النفسي والاجتماعي .

ومن خلال العرض السابق يمكن تعريف التأخر العقلي على أنه حالة بطء ملحوظ في النمو العقلي تحدث لأسباب وراثية أو أسباب ببيئية أو أسباب وراثية وبيئية معاً ، يستدل عليها من انخفاض مستوى الذكاء بدرجة كبيرة عن المتوسط ومن سوء التوافق النفسي والاجتماعي الذي يصاحبها أو ينتج عنها .

المشكلات المتعلقة بتشخيص الاضطرابات لدى الأفراد الذين يعانون من التأخر العقلي :

قبل التطرق إلى مناقشة اضطراب السلوك الفوضوي في حالة التأخر العقلي من المهم التعرف على العوائق التي تتعلق بتحديد هذه المشكلات :

أولاً : بموجب عاهاتهم المعرفية فإن الكثير من الأطفال والمراهقين الذين لديهم تأخر عقلي يكون لديهم أوجه قصور حادة في اللغة من الممكن أن تخلق صعوبة أو استحالة الحصول على معلومات عن حالاتهم الداخلية مثل المشاعر ، والأفكار التي تتعلق بالانتحار ، والقلق ، والأوهام والهلاوس .

ثانياً : بصفة خاصة في اضطرابات الطفل والمراهق يجب على الفرد في أغلب الأحيان أن يحدد ما إذا كانت الأعراض المرضية غير ملائمة من الناحية النمائية فعلى سبيل المثال فإن اهتزاز الجسم أو النشاط الزائد عن الحد قد يتم تحمله لوقت أطول عند الأطفال الذين لديهم إعاقات نمائية حادة ، كما أنه يصعب على المرء أن ينسب العرض

المرضى الخاص بالسرقة لطفل حينما لا يكون من الواضح أن الطفل لديه مفهوم عن الملكية الشخصية أو الخاصة .

ثالثاً : أن السياق البيئى – الثقافي يمكن أن يعقد التشخيص فعلى سبيل المثال فإن الأطفال الذين لديهم تخلف عقلي اجتماعي نفسي يكون لديهم نماذج لأدوار غير ملائمة بشكل كبير جداً .

رابعاً : حتى وقت قريب جداً لم يكن لدى العاملين في المجال تعريف عملى للشذوذ السلوكى عد الأطفال والمراهقين الذين لديهم تأخر عقلي .

خامساً : أن هؤلاء الأطفال يكون لديهم غالباً مجموعة متنوعة من أوجه الضعف الحسى والجسمى تعقد التشخيص فعلى سبيل المثال قد يؤثر الصمم أو الإعاقة السمعية بدرجة خطيرة على نمو الطفل وقد ينتج عن ذلك ألم لم يتم تشخيصه يؤدى إلى حدوث نوبات مرضية .

وأخيراً، فإن كثيراً من الأخصائيين يفشلون في التعرف على المشكلات السلوكية عندما يعرفون أن الفرد لديه تأخر عقلي ، وهذا الفشل في النظر إلى المشكلات السلوكية في وجود التأخر العقلي قد يتم وصفه على أنه إلقاء الظلال بكثافة على النواحي التشخيصية .

ويمكن استخدام المعايير التشخيصية الرسمية بسهولة في حالة الأفراد الذين لديهم تأخر عقلي متوسط ، ومع ذلك فلأن الضعف الوظيفي يصبح أكثر حدة فإن استخدام المعايير التشخيصية الرسمية قد يصبح أمراً حتمياً ، لذلك فإن منظمة الصحة العالمية World Health Organization (١٩٩٢) عرفت التأخر العقلي في التصنيف الدولي العاشر للأمراض International Classification of Diseases (ICD-10) على أنه حالة من توقف النمو العقلي أو عدم اكتماله تتميز باختلال في المهارات ، ويظهر ذلك أثناء دورة

النمو ، كما تؤثر هذه الحالة على المستوى العام لـذكاء الطفـل أى قدراتـه المعرفية واللغوية والحركية والاجتماعية ، وقد يحدث التأخر العقلي مـع أو بدون اضطراب نفسي أو جسمي آخر ، ولكن الأفراد المتأخرين عقليـاً قـد يصابون بكل أنواع الاضطرابات النفسية ، بل أن معدل انتشار الاضطرابات النفسية الأخرى بين المتأخرين عقلياً يبلغ على الأقل من ثلاثة إلـى أربعـة أضعافه بين مجموع السكان ، كما يكون سلوك الطفل التكيفي مختلاً ، ومن هنا فإن الشروط الثلاثة اللازمة للتأخر العقلي تكون واضحة تماماً ويتضمنها تعريف منظمة الصحة العالمية بشكل واضح وصريح والتي تتمثل في :

١- قصور في الأداء الوظيفي العقلي .

٢- قصور في السلوك التكيفي وما يرتبط به من مهارات .

٣- حدوث تلك الحالة قبل الثامنة عشرة من العمر .

كذلك أقر الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضـطرابات النفسية (DSM-IV-TR) الصادر عن الجمعية الأمريكيـة للطـب النفـسي Ame4rican Psychiatric Association (٢٠٠٠) وجود ثلاث محكـات رئيسية للتأخر العقلي تتمثل في :

١- أداء عقلي عام دون المتوسط بشكل ملحوظ ونسبة ذكاء حـوالى ٧٠ أو أقل على أحد مقاييس الذكاء الفردية للأطفال (وبالنسبة للرضـع حكـم كلينيكى بهبوط الوظيفة العقلية عن المعدل بدرجة كبيرة) .

٢- قصور في السلوك التكيفي للطفل (أي أن قدرته على التكيف أقل مـن المستوى المتوقع وفقاً لعمره ولجماعته الثقافية) وذلك في اثنـين علـى الأقل من المجالات التالية : التواصل ، والعناية الشخـصية ، والحيـاة المنزلية ، والمهارات الاجتماعية / البينشخصية ، واسـتخدام المـوارد والخدمات العامة ، والتوجيه الذاتي ، والمهارات الدراسية ، والعمـل ،

ووقت الفراغ ، والصحة ، والسلامة .

٣- أن يحدث ذلك خلال فترة النمو قبل سن ١٨ عاماً .

انتشار المرض النفسي والأنماط الظاهرية السلوكية :

أظهرت نتائج عديد من الدراسات بوجه عام أن جميع الاضطرابات التي يتم رؤيتها لدى أفراد العينة السكانية العامة توجد أيضاً لدى الأفراد الذين لديهم تأخر عقلي ، ومع ذلك هناك اضطرابات معينة يتم رؤيتها بشكل شائع أو بدرجة أكبر لدى الأفراد الذين لديهم تأخر عقلي مقارنة بأفراد العينة السكانية العامة وتتضمن الأمثلة اضطراب الأوتيزم Autistic Disorder ، وإيذاء الذات Self-injury ، والسلوك النمطي أو الرتيب أو الخاضع لنمط معين Stereotypic Behavior ، وهناك بيانات أساسية توضح أن الأطفال والراشدين الذين لديهم تأخر عقلي يكونون في خطورة متزايدة من جراء المشكلات المتعلقة بالصحة النفسية وخاصة الاضطرابات السلوكية والانفعالية كما أن هناك مجموعات مرضية معينة للتأخر العقلي ترتبط بمعدلات عالية لسلوكيات نوعية أو اضطرابات محددة التي أطلق عليها اسم الأنواع الظاهرية السلوكية Behavioral Phenotypes

وتتضمن بعض الأمثلة على مجموعات الأعراض المرضية المرتبطة بسلوك فوضوي ما يلي : زملة (مجموعة الأعراض المرضية المميزة لمرض معين) برادير- ويلي Prader-willi Syndrome التي تتضمن فرط الأكل Hyperphagia ، والمعدلات المرتفعة للاضطراب السلوكي ، وزملة انجيليمان Angleman Syndrome التي تتضمن اضطراب اليدين أو رفرفة اليدين Hand Flapping ، وزملة ويليامز Williams Syndrome والتي تتضمن المدى الانتباهي القصير ، وزملة الكروموسوم الجنسي الهش أو شذوذ الكروموسوم إكس Fragile x Syndrome التي تتضمن رفرفة أو

اضطراب اليدين، وتجنب الحملقة ، والغضب ، وزملة ليسش- نيهام Lesch-Nyham Syndrome التي تتضمن إيذاء أو إحداث الضرر بالذات بشكل حاد ، ومع ذلك فإن هذه السلوكيات لا تحدث بالضرورة بمعدلات متسقة أو عند جميع الأشخاص الذين لديهم هذه الأعراض المرضية .

اضطراب السلوك الفوضوي لدى الأفراد الذين يعانون من التأخر العقلي :

فيما يلي عرض لأربعة أنواع من اضطراب السلوك الفوضوي هي :

١- اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد :

على الرغم من أن هناك الآلاف من الدراسات والمقالات العلمية التي تتعلق باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الأطفال الذين لديهم نسبة ذكاء عادية أو طبيعية ، هناك دراسات قليلة نسبياً تتعلق بالأطفال الذين لديهم تأخر عقلي ، وأوضحت نتائج عديد من الدراسات الحديثة أن معدل انتشار أعراض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الأطفال المتأخرين عقلياً أعلى من معدل انتشاره بين الأطفال ذوى الذكاء الطبيعي خاصة أعراض نقص الانتباه فضلاً عن ذلك فإن القدرات العقلية لدى هؤلاء الأطفال تؤدى إلى ضعف قدرتهم على الانتباه ، وهذا ما أكدته نتائج الدراسات السابقة التي أجريت في هذا الصدد والتي اهتمت بدراسة اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الأطفال المتأخرين عقلياً ، وربما يرجع ذلك إلى ضعف الكفاءة الانتباهية لدى هؤلاء الأطفال مقارنة بالأطفال ذوى الذكاء الطبيعي ، ويشمل نقص الانتباه لدى الأطفال المتأخرين عقلياً كل من مدى الانتباه ومدة الانتباه ؛ حيث يقصد بمدى الانتباه السعة الانتباهية لدى الأطفال أى قدرة الطفل على الانتباه لأكثر من منبه في وقت واحد ، بينما يقصد بمدة الانتباه الفترة الزمنية التي يستطيع الطفل تركيز انتباهه فيها على مصدر التنبيه ، وفضلاً عما سبق فإن الأطفال

المتأخرين عقلياً لديهم ضعف في القدرة على الانتباه للصفات والخصائص الفيزيقية التي تميز أحد المثيرات البصرية عن غيرها والتي تعد أساساً لعملية التعلم .

ويُعد اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد أكثر انتشاراً لدى الأطفال والمراهقين الذين لديهم تأخر عقلي عما في العينة السكانية العامة ، ومن الدراسات التي اهتمت بتقدير الانتشار دراسة جاكوبسون Jacobson (١٩٨٢) التي اهتمت بعمل مسح للهيئة العامة الكلينيكية المسئولة عن ٣٠٥٧٨ طفلاً وراشداً لديهم تأخر عقلي ، وتقدم ولاية نيويورك الخدمات اللازمة لهم ، وتم تقسيم العينة إلى أفراد لديهم أو ليس لديهم اضطراب طبي نفسي مسجل وطُلب من الهيئة الكلينيكية أن تقوم بقياس أو تقدير المشكلات السلوكية الثلاث الأكثر إزعاجاً لكل خاضع للدراسة وتم إدراج النشاط الزائد على أنه يمثل مشكلة لدى ٩,٣% من الخاضعين للدراسة في المجموعة التي تمتد من الميلاد حتى سن العشرين والتي لا يوجد لديها تشخيص طبي نفسي ، كما يمثل مشكلة لدى ٢١% من الأفراد الذين لديهم تشخيص طبي نفسي ، ويمثل مشكلة لدى ١٠,٤% من الأفراد الذين ليس لديهم تشخيص طبي نفسي .

كما قام كولير وآخرون .Koller et al (١٩٨٣) بتقدير مجموعة كلية قوامها ١٩٢ طفلاً يعانون من التأخر العقلي ممن تتراوح أعمارهم الزمنية بين ٧ – ١١ سنة واستناداً إلى المقابلات الشخصية للوالدين والطفل تم تصنيف ١٢% من العينة على أن لديهم سلوك يتمثل في النشاط الزائد .

وقام كوينى Quine (١٩٨٦) بدراسة مسحية لعينة تتكون من ٢٠٠ طفلاً تتراوح أعمارهم من وقت الميلاد حتى ١٤ عاماً ولديهم تأخر عقلي

واستناداً إلى المقابلات الشخصية المقننة مع الوالدين تم اعتبـار ٢١% مـن أفراد العينة يعانون من النشاط الزائد .

وأجرى ايبشتاين وآخرون .Epstein et al (١٩٨٦) دراسة مـسحية لمجموعة كبيرة من الأطفال الذين ينتظمون في فصول دراسـية مخصـصة لتعليم المتأخرين عقلياً وذلك باسـتخدام اسـتبيان الأعـراض المرضـية ، وأظهرت النتائج أن ١٨% من أفراد العينة يعرضون أو يظهرون مستويات للنشاط الزائد .

وتوضح الدراسات المتعلقة بالعينات السكانية الكلينيكية بـشكل أكيـد وجود مستويات عالية للنشاط الزائد ؛ حيث فحص فليبس وويلياماز Philips &Williams (١٩٧٧) عينة عددها ١٠٠ حالة مـن الحـالات الـواردة لعيادات الطب النفسي ووجد أن ١٩ حالة من بين ٦٢ حالة ليس لديها ذهان نفسي يعانون من التأخر العقلي وأن ١٩ طفلاً من بين ٣٨ طفلاً لديهم ذهان نفسي وتأخر عقلي كانوا يعانون من النشاط الزائد، وفي عينة أخرى تـضم ١١٣ طفلاً لديهم تأخر عقلي ذكر ميرز Myers (١٩٨٧) أن ١٥% كـان لديهم اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد .

وهكذا ؛ يتضح وجود مدى واسع لبيانات الانتـشار مـن ١٠% إلـى ٢١% بالنسبة لدراسات العينة السكانية ، والـضعف الواضـح فـي هـذه الدراسات المسحية هو أن المجموعات الضابطة لم يتم تضمينها ؛ ولذا فـلا نستطيع أن نكون متأكدين من أن الباحثين لم يكن لديهم استعداد مسبق ، أو لم يكونوا مهيئين لكي يجدوا معدلات عاليـة للأعـراض المرضـية المتعلقـة باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وعلى الرغم من ذلـك فإن هذه الدراسات كانت متسقة بشكل ملحوظ في بعض النـواحي والتقـدير

الذي أظهر أن حوالي ٩% من الأطفال الذين لديهم تأخر عقلي كان لديهم نشاط زائد بدرجة دالة .

وتوجد بيانات توضح أن الأطفال الذين لديهم اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد والتخلف العقلي يكونون أقل عدوانية من الأطفال الذين لديهم اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد فقط ، ويؤكد ذلك الدراسة التي قام بها في وآخرون .Fee et al (١٩٩٣) حيث اهتموا بمقارنة الأطفال الذين لديهم تأخر عقلي فقط ، والأطفال الذين لديهم تأخر عقلي واضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، والأطفال الذين ينمون بطريقة نمطية ، والأطفال الذين ينمون بطريقة نمطية ولديهم اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وتم توزيع الخاضعين للدراسة على أساس مقياس كونرز لتقدير المعلم Conners Teacher Rating Scale ، وأوضحت النتائج أن نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد والعدوان ارتبطا بطريقة دالة بدرجات الأطفال الذين ينمون بطريقة نمطية ولديهم اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، ولم يظهر هذا الارتباط في حالة الأطفال الذين لديهم تأخر عقلي واضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وانطبق نفس الشئ على المقاييس الفرعية للنشاط الزائد اللااجتماعية ، وتم فحص هذه النتائج بدرجة أكبر في تقرير لاحق ، ووجد الباحثون أن الأطفال الذين ينمون بشكل نمطي ولديهم اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ارتبط سلوكهم بدرجة دالة بالمقاييس الفرعية للسلوك اللااجتماعي في مقياس كونرز للمعلم أعلى مما في حالة الأطفال الذين لديهم تأخر عقلي و اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد .

٢- العدوان ومشكلات المسلك :

يُعد السلوك العدواني للشباب الذين لديهم تأخر عقلي سبباً رئيسياً لوضعهم في برنامج سكني تقييدي وبيئات تعليمية خاصة (بريونينكس وآخرون Bruiniknks et al. ، ١٩٨٨) ، وتم الاستشهاد بالاضطراب السلوكي الذي يتضمن العدوان على أنه السبب الرئيسي للفشل في الوضع في برنامج سكني مجتمعي والعودة إلى المؤسسات (بينسون وأمان Benson & Aman ، ١٩٩٩) فالاهتمام بالسلامة الجسدية للفرد والأفراد الذين حوله تؤدي إلى وجود مستويات أعلى فيما يتعلق بالإشراف والرعاية ، وفرص قليلة للأداء الوظيفي المستقل ، وعلاقات بينشخصية مضطربة .

وتم تصنيف قائمة مطولة للسلوكيات تحت مسمى السلوك العدواني تتضمن الأعمال العدوانية اللفظية والبدنية ، وهذه السلوكيات الهامة من الناحية الكلينيكية قد تتواجد على أنها سلوكيات معزولة إلى حد ما أو كجزء لمجموعة معقدة من الأعراض المرضية المرتبطة بزملة أعراض مرضية يصعب تحديدها ، وبالإضافة إلى اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي فإن السلوك العدواني عند الأشخاص الذين لديهم تأخر عقلي كحالة مرضية مشتركة مع أعراض مرضية لاضطرابات أخرى تتضمن اضطرابات الحالة المزاجية (ريس وروجاهن Reiss & Rojahn ، ١٩٩٣) .

وتوجد مجموعة واسعة لتقديرات انتشار السلوك العدواني ومشكلات المسلك بين الأطفال والمراهقين الذين لديهم تأخر عقلي ، والتنوع الذي يوجد في التقديرات المذكورة يمكن أن ينسب لمستوى الخاضعين للدراسة في الأداء الوظيفي العقلي وطرق اختيار العينة المستخدمة وتعريف العدوان ، وإحدى

المصاعب التي تم الاستشهاد بها هي أن التعريفات التقليدية للعدوان تتضمن في أغلب الأحيان فكرة النية في إلحاق الضرر أو الإيذاء ، وهذا مفهوم من الصعب تطبيقه على الأفراد الذين لديهم تأخر عقلي أكثر حدة ، وعلاوة على ذلك فإن بعض البحوث اعتمدت فقط على العدوان الحاد ، بينما هناك بحوث أخرى تضمنت أشكال للعدوان أكثر اعتدالاً ، وقام هاريس Harris (١٩٩٣) بدراسة عينة من المقيمين في إحدى المؤسسات الصحية في انجلترا وكذلك المقيمين في المجتمع وتم تضمين الذين لديهم تأخر عقلي حاد وواضح وباستخدام تعريف العدوان الذي يتطلب تلف في الأنسجة أو الإصابة الجسمية الخطيرة وأوضحت النتائج أن معدل الانتشار يتراوح بين ١٠% ، ٢٠% اعتماداً على العمر الزمني ، وبالنسبة للأفراد الذين ينتظمون في الحضور للمدرسة كان معدل الانتشار يصل إلى ١٢,٦% ، كذلك أظهرت النتائج أن المعدلات العليا للعدوان ومشكلات المسلك توجد عادة لدى الشباب الذي لديه تأخر عقلي بالمقارنة بالمجموعات الضابطة .

وقام كولر وآخرون Koller et al. (١٩٨٢) بدراسة اضطراب السلوك في مرحلة الطفولة ومرحلة الرشد المبكر وأظهرت النتائج وجود معدلات مرتفعة لاضطراب المسلك العدواني والسلوك المعادي للمجتمع بين الخاضعين للدراسة الذين لديهم تأخر عقلي وذلك بدرجة أكبر مما لدى أفراد المجموعة الضابطة ، وبالمثل ففي العينات المدرسية تم تقدير الأطفال الذين لديهم تأخر عقلي متوسط على أن لديهم المزيد من مشكلات المسلك أي بشكل أكبر مما في حالة التلاميذ الذين في العينة السكانية العامة .

وقام كيولينان وآخرون Cullinan et al. (١٩٨٤) بمقارنة مشكلات السلوك لدى الأطفال الذين في فصول التربية الخاصة والأطفال الذين في

الفصول العادية وبينت تقديرات المعلم في قائمة المشكلات السلوكية Behavior Problem Checklist أن الأفراد الذين لديهم تأخر عقلي متوسط والذين تتراوح أعمارهم من ٦ - ١٨ عاماً حققوا درجات أعلى بدرجة دالة من درجات الأفراد الذين يدرسون في الفصول العادية وذلك في مقياس المشكلات السلوكية ، ولم تظهر النتائج وجود فروق في مقياس عدم النضج أو مقياس الانحراف ، وفي العينة التي تمثل فصول التربية الخاصة تم تقدير الذكور على أنهم أعلى من الإناث فيما يتعلق بالمشكلات السلوكية .

ويعتبر العدوان من بين المشكلات التي يتم تحويل الأطفال للعيادات بسببها بشكل متكرر جداً ، وأظهرت نتائج دراسة بينسون Benson (١٩٨٥) أن مشكلات المسلك كانت السبب في تحويل ٤٢% من الإحالات بالنسبة للأطفال والمراهقين لعيادات المجتمع وذلك فيما يتعلق بالأشخاص الذين لديهم تأخر عقلي ، ويرى عدد كبير من الباحثين أن مستوى الأداء الوظيفي العقلي يرتبط بالسلوك العدواني ، وهذا يعني وجود معدلات مرتفعة للعدوان عند المستويات العقلية الأكثر انخفاضاً ؛ حيث لوحظ وجود نمط خطي للانتشار بالنسبة للعدوان وتدمير الممتلكات مع وجود معدلات أكبر تحدث مع التأخر العقلي الأكثر حدة أو شدة .

٣- السلوك الضار بالذات : Self-Injurious Behavior

إصابة الذات أو إلحاق الضرر أو الأذى بالذات Self-Injury ليس شيئاً فريداً من نوعه بالنسبة للأطفال والمراهقين الذين يعانون من التأخر العقلي ، ولكن كحالة فوضوية مسببة للمشكلات يكون ذلك أكثر شيوعاً بين الأفراد ذوي أوجه العجز النمائي (التأخر العقلي، واضطراب الأوتيزم) ، وتختلف تعريفات السلوك الضار بالذات ولكن معظمها تحتوي على ثلاثة

عناصر هي :

- أن تكون مزمنة (حدوث السلوك لفترة طويلة) .
- القدرة على إحداث تلف بأنسجة الجسم .
- تكرار الفعل أو السلوك ،

وتنص بعض التعريفات على أن الأعمال الضارة بالذات لا تكون موجهة نحو هدف معين ، والتعريف الذي يلقى قبولاً للسلوك الضار بالذات هو أنه سلوك غير إرادي متكرر يسبب ضرر للشخص وتكون مدة هذا السلوك متوسطة أو طويلة ، ويرى روجاهن Rojahn (١٩٩٤) أن السلوك الضار بالذات يتضمن السلوكيات السبعة التالية ، والتي تمت ملاحظتها بشكل شائع جداً بين الأفراد الذين يحدثون أذى لأنفسهم وهي : عض الذات ، وخبط الرأس ، والخربشة ، وخبط الرأس أو ضرب الرأس بأشياء ما ، وضرب الذات ، والميل لتناول طعام غير طبيعي ، وضرب النفس بأشياء ما ، وهذه القائمة السلوكية تلقى الضوء على تنوع الأشكال التي يمكن أن يتخذها السلوك الضار بالذات .

ويسمح الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية بتشخيص إلحاق الأذى بالذات تحت عنوان اضطراب الحركة التكرارية Stereotypic Movement Disorder ، ومحكات التشخيص تتمثل في :

أ- سلوك حركي متكرر ومدفوع وغير وظيفي مثل هز الجسم وخبط الرأس ، ووضع الأشياء في الفم وعض الجسم وضرب الجسم .

ب- هذا السلوك يعيق النشاط السوي بشكل ملحوظ أو يُحدث بالجسم إصابة تتطلب العلاج الطبي أو يمكن أن يحدث إصابة إذا لم تتخذ الإجراءات الوقائية اللازمة .

ج- هذا السلوك يكون حاداً أو شديداً بدرجة كافية تتطلب العلاج .

د- لا يمكن تعليل هذا السلوك تعليلاً أفضل بوصفه سلوكاً قهرياً (كما في حالة الوسواس القهري) أو بوصفه لازمة Tic (كما في اضطراب اللوازم) أو بوصفه جزءاً من اضطراب النمو الشامل ، أو نتف الشعر (كما في هوس خلع الشعر Trichotillomania) .

هـ- لا يكون هذا السلوك نتيجة للتأثيرات الفسيولوجية المباشرة لإحدى المواد أو لمرض جسمي عام .

و- أن يستمر السلوك لمدة أربعة أسابيع أو أكثر .

وعلى الرغم من أن السلوك الضار بالذات يحدث بشكل أساسي لدى الأفراد الذين يعانون من التأخر العقلي ، واضطراب النمو الشامل Pervasive Developmental Disorder (PDD) ، والأوتيزم Autism فإنه يوجد أيضاً في اضطرابات أخرى على سبيل المثال الفصام Schizophrenia وعند عدد صغير من الأطفال الرضع الطبيعيين أو العاديين ، والفرق الرئيسي بين السلوك الضار بالذات كما يحدث في أوجه العجز المتعلقة بالنمو وكما يحدث عند الأطفال العاديين هو الحدة أو الشدة ، والاستمرارية (في وماتسون Fee & Matson ، ١٩٩٢) .

وأجرى عدد من الباحثين محاولات متعددة لتنظيم السلوك الضار بالذات داخل تصنيف معقول ، ومن أهم هذه المحاولات دراسة روجاهن Rojahn (١٩٩٤) التي تم فيها إخضاع البيانات المستمدة من ٤٣١ خاضعاً للدراسة من بين الأفراد الذين يلحقون الأذى بذواتهم للتحليل العاملي وظهرت خمسة عوامل على النحو التالي هي :

- السلوكيات المتعلقة بضرب الذات .

- وضع أشياء داخل فتحات الجسم .
- حدوث سلوكيات متنوعة (العض ، والخربشة ، والقَرصْ ، وشد الشعر) .
- صرير الأسنان Teeth Grinding .
- القيء والاجترار Vomiting & Rumination .

وهناك أعراض مرضية متعددة ترتبط دائماً بالسلوك الضار بالذات منها زملة ليش- نيهان Lesch-Nyhan Syndrome (وهي اضطراب يرتبط بالكروموسوم x المتنحى ويوجد فقط عند الذكور وتتميز هذه الزملة بنقص إنزيم Hypoxanthine Guanine ، وفرط إنتاج حامض اليورك وعض الشفتين والأصابع والتشنج والحركات المستمرة في اليدين والقدمين ، وتدهور النمو الحركي ، وجميع من شملهم التقارير من المرضى بهذه الزملة كانت نسبة ذكائهم أقل من ٥٠) ، والشلل الدماغي التشنجي ، والاضطراب العصبي الذي يتميز باختلاجات تشنجية في الوجه والأطراف ، واختلال النطق أو عسر الكلام ، وهذه الأعراض المرضية ترتبط بعض الذات القهري والحاد (قد يؤدى إلى فقدان الأصابع والنسيج المحيط بالشفتين) كما ترتبط هذه الأعراض المرضية بالتقاط الجلد بالأصابع ، والأفراد الذين لديهم هذه المجموعة من الأعراض المرضية يتطلبون أحياناً أشكالاً من التقييد الجسدى ويظهرون غالباً هياجاً أكبر إذا تم استبعاد التقييد (بينسون وآمان Benson & Aman ، ١٩٩٩) .

وزملة كورنيليا دى لانج Cornelia de Lange وهي اضطراب وراثي نادر يتميز برأس صغير بدرجة غير طبيعية وغلظة الحواجب وأهداب العين ويدين وقدمين صغيران وأطراف قصيرة وتأخر نمو الأسنان وتشابك أو

التصاق أصابع القدمين ورقبة قصيرة وأكتاف عريضة ونمو عضلي مفـرط في الضخامة مما يعطى الطفل صورة مـصارع صـغير الحجـم ، وهـذه المجموعة من الأعراض المرضية ترتبط بضرب الوجه والتقاط جلد الوجـه وعض الشـفتين وسـلوك تعتريه نوبـات الغـضب (هـاريس Harris ، ١٩٩٢) .

وزملة ريت Rett Syndrome وهي شكل من أشكال العته أو الجنون توجد فقط لدى الأطفال الإناث ، فالطفلة تولد طبيعية ولكنها بعد ٥ شهور من النمو الطبيعي تصاب بأنواع متعددة من القصور ، وترجع هذه الحالة إلـى عوامل جينية أو وراثية ، ومن أبرز الخصائص التي يتميز بها المـصابون بعرض ريت توقف نمو الجمجمة ، وفقدان المهارات الحركيـة التـي تـم اكتسابها قبل ظهور الحالة ، وفقدان الارتباط الاجتماعي مع النمو ، وقصور النمو اللغوي ، والنمو العقلي ، وظهور التواء في اليدين واخـتلال وظيفـي حركي خلال سنة إلى ٤ سنوات (هاريس Harris ، ١٩٩٢) .

وهناك اضطراب آخر يرتبط بشكل متكرر بالسلوك الـضار بالـذات يطلق عليه زُملة الكروموسوم x الهش ، وهذه الزُملة ترتبط بالتأخر العقلـي وتبلغ نسبة انتشارها واحد في الألف وتتـضمن المعـالم الجـسدية وجـود خصيتين كبيرتين وأذنين كبيرتين وبارزتين ووجه ضـيق ، كمـا تحـدث أعراض النشاط الزائد ، ومعالم الأوتيزم أو كلاهما لدى كثير مـن هـؤلاء الأطفال الصغار ، وقد نشاهد عض اليدين لدى الغالبية العظمى من هـؤلاء الأطفال الذين لديهم تأخر عقلي (هاريس Harris ، ١٩٩٢) .

وهناك نسبة تتراوح بـين ١٠% : ١٥% مـن الأطفـال المقيمـين بالمؤسسات والذين لديهم تأخر عقلي وجد لديها شكل ما من أشكال الـسلوك

الضار بالذات وذلك بالمقارنة بـ ١% من الأفراد المقيمين في المجتمع (روجاهن Rojahn ، ١٩٩٤) ، بينما يرى فريق آخر من الباحثين أن هناك ٥% من بين الأفراد الذين لديهم تأخر عقلي يظهرون السلوك الضار بالذات ، ويشيع انتشار السلوك الضار بالذات بين الأطفال الذين يعانون من الأوتيزم والذين لديهم في أغلب الأحيان تأخر عقلي ، وتوصل بينسون وأمان Benson & Aman (١٩٩٩) أي أن هناك نسبة تتراوح بين ٥% : ١٥% من الأفراد الذين لديهم اضطراب الأوتيزم يظهرون سلوكاً ضار بالذات وقد يكون الرقم الحقيقي أو النسبة الحقيقية أعلى من ذلك بكثير .

وتوجد ارتباطات بين السلوك الضار بالذات من ناحية وبين المتغيرات المعرفية والأداء الوظيفي العقلي من ناحية أخرى ، وعلى وجه العموم يزداد انتشار السلوك الضار بالذات عندما تنخفض نسبة الذكاء واللغة التعبيرية ، ويكون السلوك الضار بالذات أكثر شيوعاً في المؤسسات عما هو الحال في المجتمع وقد ترجع هذه النتيجة للفروق في نسبة الذكاء عبر المواقع والأماكن ، وكذلك العوامل السلوكية التي تؤدى إلى الإقامة في هذه المؤسسات أو لعوامل غير معروفة .

٤- السلوك الخاضع لنمط معين : Stereotyped Behavior

يشير السلوك الخاضع لنمط معين إلى مجموعة من السلوكيات المتميزة التي تتضمن هز الجسم ، وحركات الأصابع واليدين ، واستخدام الأشياء ، ويعتبر السلوك الخاضع لنمط معين سمة للأفراد الذين لديهم تأخر عقلي حاد وواضح ، ويرتبط بمجموعات معينة من الأعراض المرضية التي تتضمن زملة الأعراض المرضية لريت Rett Syndrome وزملة الكروموسوم إكس الهش Fragile x Syndrome ، والأوتيزم Autism ، ويعتبر السلوك

الخاضع لنمط معين أقل شيوعاً لدى الأطفال الصغار ، والأفراد الأكبر سناً ، وتساهم البيئات ذات التحفيز أو الدفع المنخفض في نمو السلوكيات الخاضعة لنمط معين (هال وآخرون .Hall et al ، ٢٠٠٨) .

وأوضحت نتائج إحدى الدراسات أن ٥٨,٥% من الأطفال غير المعاقين المقيمين في دور الرعاية السكنية أظهروا سلوكاً خاضعاً لنمط معين مرة واحدة أو أكثر كل أسبوع على الأقل ، وأكثر من النصف أظهروا هذا النمط من السلوك مرة واحدة يومياً ، وكان السلوك الخاضع لنمط معين أكثر تكراراً بين الأطفال الذين كان يشك في أنهم تعرضوا للإساءة ، وبين الأطفال ذوى المشكلات السلوكية العدوانية (تروستر Troster ، ١٩٩٤) .

وتم تصنيف السلوك الخاضع لنمط معين على انه اضطراب الحركة الخاضعة لنمط معين Stereotypic Movement Disorder وذلك في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية وهو نفس النمط التشخيصي لإلحاق الضرر بالذات ، ويتم التمييز بين السلوك الخاضع لنمط معين وبين اضطرابات الحركة مثل زُملة الأعراض المرضية لتوريت Tourette وبين الطقوس القهرية أو القسرية .

وتشير التقديرات المستمدة من نتائج الدراسات التي أجريت في هذا الصدد أن ما يقرب من ١٥% من الأطفال الصغار الذين لديهم تأخر عقلي يظهرون سلوكاً خاضعاً لنمط معين وذلك في السنة الثانية من العمر أو بعد ذلك .

وتم التعرف على أنواع كثيرة للسلوك الخاضع لنمط معين ؛ حيث فحص بيركسون وآخرون .Berkson et al (١٩٩٥) أربع وعشرون

سلوكاً بما في ذلك التحديق أو الحملقة ، ولحس وشم الأشياء واللعب غير العادي ، وفك الأشياء ، وهز الجسم ، ورفرفة اليد ، وتدوير أو لف الأشياء وأوضحت نتائج التحليل العاملى للبيانات عدة عوامل منها الصلابة أو المداومة على عمل نفس الشيء ، والتوجيه السمعي أو اللفظي المتكرر ، والتوجيه البصري ، والانتباه المركز ، والقالب النمطي للأشياء ، والعامل الحركي ، وعاملان آخران لم يتم تسميتهما .

ويحدث السلوك الخاضع لنمط معين أيضاً لدى الأطفال العاديين خلال مسار النمو ، فعندما تمت مقارنة الأطفال الذين لديهم تأخر نمائي في جوانب متعددة بأطفال المجموعة الضابطة ، كانت السمات الفارقة الدالة تتمثل في أن الأطفال الذين لديهم تأخر في النمو أظهروا المزيد من الحركة ، والتوجه البصري بدرجة أكبر مما في سلوك الأطفال في المجموعة الضابطة (سميث وفان هروين Smith & Van Houren ، ١٩٩٦) ، وهذه السمات ساهمت في أن يكون السلوك ملحوظاً بدرجة أكبر وأن يبدو أنه شاذ لو غير مألوف ، والتوجه البصري للسلوك الخاضع لنمط معين يتدخل في الانتباه والمشاركة في الأنشطة المستمرة .

والخلاصة تم تناول أربعة أنواع من اضطراب السلوك الفوضوي لدى الأطفال والمراهقين الذين لديهم تأخر عقلي هي اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، والعدوان واضطراب المسلك ، والسلوك الضار بالذات ، والسلوك الخاضع لنمط معين ، ويبدو أن سلوك نمط اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد هو نفس السلوك الموجود إلى حد كبير جداً لدى الأفراد الذين لديهم تأخر عقلي كما هو الحال في العينة السكانية العامة ، وأحد الجوانب المتعلقة بالتمييز يتعلق بأن العدوان يكون أقل وضوحاً عند الأطفال الذين لديهم اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط

الزائد ويعانون من التأخر العقلي عما هو الحال لدى الأفراد الآخرين الـذين لديهم اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، كمـا أتـضح أن العدوان ومشكلات المسلك ينتشران انتشاراً واسعاً لدى الأطفال الذين لـديهم تأخر عقلي ، كما يبدو أن السلوك الضار بالذات المزمن يظهر بشكل رئيسى تقريباً في أوجه العجز النمائية ، ويحدث السلوك الخاضع لنمط معين بـشكل متزامن غالباً مع السلوك الضار بالذات .

ومما يجب التأكيد عليه أن ندرك أن التأخر العقلي لـيس لـه سـبب مرضى واحد ولكن له عدد لا حصر له تقريباً من الأسباب ، وهناك أبحاث قليلة أجريت لتوضيح ما إذا كان هناك ارتباط بين إيذاء الذات ومتلازمـة أو زملة مونشوزن Munchausen (وهي اضطراب يختلـق فيـه الـشخص أعراضاً بشكل متكرر ومستمر ، وقد يصل الأمر بالنسبة للأعراض الجسمية إلى حد إيذاء النفس بحدوث جروح لإحداث نزف أو حقن الـشخص لنفـسه بمواد سامة ، وقد يكون محاكاة الألم والإصرار على وجود النـزف مقنعـاً ومستمراً بالدرجة التي تؤدى على إجراء فحوص وجراحـات متعـددة فـي المستشفيات) ولكن المهنيين غير المتخصصين طبياً قد يخلطوا بين الاثنـين في بعض الأحيان ، ففي إيذاء الذات نجد أن الشخص يصيب نفسه للهـروب من التوتر الانفعالى والنفسي غير المحتمـل ، وفـي متلازمـة مونـشوزن Munchausen نجد أن المصابين يحبون إظهار الأعراض المحـددة التـي تؤدى إلى دخول المستشفي كما أنهم يخجلون من رعايـة الطـب النفـسي ويبحثون عن الخدمات الطبية فقط (آن سكستون ، ٢٠٠٤) .

الفصل العاشر

الفصل العاشر

القضايا الأخلاقية المتعلقة ببحوث اضطرابات السلوك الفوضوي

مقدمة :

تقترح البحوث أن الأمراض النفسية التي تؤثر على الكبار تؤثر أيضاً على الأطفال ، والبحوث التي تمت على الاضطرابات النفسية عند الأطفال والمراهقين تختلف بصفة عامة عن الدراسات التي تناولت الاضطرابات النفسية عند الكبار أو الراشدين ، وهذه الفجوات البحثية تستمر في التواجد لمجموعة من الأسباب تتضمن المصاعب المتعلقة بجمع واختيار الخاضعين للدراسة من الأطفال والمراهقين في الدراسات البحثية ، والحذر أو الحيطة بشأن استخدام الأدوية إذا تم تأييد البحوث الواسعة النطاق القائمة على العلاج الدوائي للطفل ، وعدم الاتفاق مع المتخصصين وغير المتخصصين بشأن ملاءمة التصنيفات والتشخيصات عند الأطفال والمراهقين ، ونتائج البحوث غير الكافية ، وهذه العوامل تجمعت أو اتحدت جميعها لتحد من البحوث على هذه العينة السكانية ، فكانت النتيجة أن الأطفال تم وصفهم على أنهم الأيتام الذين يتم علاجهم .

والجدير بالذكر أن البحوث في مجال اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ربما تكون هي الاستثناء الوحيد لهذه القاعدة العامة التي استمرت لمدة ثلاثة عقود ؛ حيث يشكل هذا الاضطراب مجالاً جيداً للنشاط البحثي في حقيبة بحوث الاضطرابات النفسية للأطفال ، وعلى الرغم من ذلك فإن التحديات الأخلاقية التي تؤثر على تنفيذ البحوث في مجال اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وغير ذلك من اضطرابات السلوك الفوضوي تعتبر شاقة ، والباحثون الذين يدرسون هذه العينة السكانية يجب أن يتعاملوا مع هذه المصاعب إذا أرادوا لبحوثهم أن تحقق أعظم

الفوائد للعينات السكانية من الأطفال والأسر أو العائلات .

وفيما يلي مراجعة عوامل الحماية التي تنطبق على البحوث التي تجرى على الأطفال والمراهقين، وتحديد التحديات الأخلاقية في إجراء البحوث على الأطفال ، ونناقش تطبيق هذه المبادئ الإرشادية القائمة على أمثلة مستمدة من الدراسات المتعلقة باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، ونفترض التصور الذهنى للعلاقات بين الباحثين والعائلات لكى نعالج الكثير من هذه التحديات الموجودة في الدراسات المتعلقة بالأطفال والمراهقين الذين لديهم اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد والموجودة أيضاً في الدراسات التي تتعلق بالأطفال الذين لديهم اضطرابات نفسية أخرى .

عوامل الحماية :

كما هو الحال مع الكبار أو الراشدين فإن التبرير الأخلاقي لإجراء البحوث على الأطفال يستند على إظهار توازن مؤيد بين المخاطر والفوائد للأطفال المشاركين ، ومع ذلك ففي معظم الظروف لكى يكون البحث يستحق القبول بالنسبة للأطفال والمراهقين يجب أن يكون مفيداً للمشارك بشكل مباشر أو يزيد من المعرفة عن الحالة أو الاضطراب عند الطفل أو المراهق ويجب مراعاة المبادئ أو الخطوط الإرشادية للبحوث المسموح بها مع الأطفال والتي نشرتها وزارة الصحة والخدمات الإنسانية بالولايات المتحدة الأمريكية U.S. Department of Health and Human Services (DHHS) عام ١٩٨٣ وذلك استناداً إلى عمل ونتائج اللجنة القومية لحماية الخاضعين للدراسات المشتركين في بحوث سلوكية وبحوث بيولوجية طبية ، وتم كتابة هذه المبادئ وتسجيلها لضمان حقوق الأطفال وحماية سلامتهم ولاسيما عندما تنطوى هذه البحوث على مخاطر كبيرة .

١- البحوث التي تنطوي على مخاطرة صغرى :

تعتبر البحوث ذات مخاطرة صغرى أو ضئيلة عندما لا تكون قوة أو احتمال الضرر أو عدم الارتياح المتوقع حدوثه يشبه الأعمال الروتينية التي يقوم بها الأفراد بصفة يومية أو يشبه الفحوص أو الاختبارات الجسدية أو السيكولوجية العادية ، ويندرج تحت هذا النمط البحوث التي تتضمن التقديرات السيكولوجية ، وفي أغلب الأحيان يستطيع الباحث أن يقلل المخاطرة بأن يقوم بعمل الإجراءات الضرورية فقط من أجل الأغراض التشخيصية أو العلاجية بحيث لا يتعرض الخاضعون للدراسة إلى أى مخاطرة .

٢- البحوث التي تنطوي على أكبر من مخاطرة صغرى ولكنها تندرج تحت منظور الفائدة المباشرة للأفراد الخاضعين للدراسة :

عندما تتضمن البحوث أكثر من مخاطرة صغرى أو ضئيلة تحدد المبادئ أو الخطوط الإرشادية للبحوث أنه ينبغي على الباحثين أن يبرروا المخاطر الممكنة ومدى الضيق أو التوعك فيما يتعلق بالنتائج المتوقعة للطفل أو المجتمع ككل ، فالبحوث التي تتضمن أكبر من مخاطرة ضئيلة على سبيل المثال الآثار أو النتائج الإيجابية لدواء يتم تجربته يطلب من الباحث أن يوضح أن أى مخاطرة يجب أن يتم تبريرها بفوائد مباشرة يمكن توقعها للمشاركين ، وأن تكون نسبة هذه الفوائد للمخاطرة مقبولة على الأقل من جانب المشتركين كبدائل متاحة ، وأن يتم اتخاذ الخطوات الضرورية للحصول على موافقة الوصي على الطفل والحصول علي موافقة الطفل للاشتراك في هذه التجارب أو الدراسات ، وعلى وجه العموم يطلق على هذه البحوث مصطلح البحوث العلاجية بمعنى أن هناك تجربة جديدة لاكتشاف علاج جديد أو إجراءات جديدة تنطوى على مخاطرة ما للطفل ،

ولكن هذه الإجراءات قد تفيد الطفل الذي يشترك فيها بطريقة مباشرة ، وأن هذه الفوائد من المحتمل أن يكون لها قيمة أكبر من أي مخاطرة محتملة ، ومن الواضح أن ذلك قد يعني أيضاً أن البحوث التي تكون أكبر من أى خطورة صغرى لا يمكن أن يتم عملها باستخدام الأطفال كمجموعات ضابطة عادية ؛ حيث إن المخاطر تكون مقبولة لطفل مشارك معين في حالة تقديم فوائد ممكنة لهذا الطفل بمقتضى وجود إمكانية تحسين لحالة الطفل أو احتمال الشفاء من مرضه .

٣- البحوث التي تنطوي على أكبر من مخاطرة صغرى ولا توجد فوائد فردية مباشرة ، ولكن توجد معرفة متعلقة بالاضطراب :

البحوث التي تتضمن أكبر من مخاطرة صغرى ولا تسفر أو لا يكون من المتوقع أن تؤدى إلى وجود فائدة مباشرة للطفل المشارك فيها ، وبالإضافة إلى ذلك فإن المخاطرة المتزايدة يجب أن تمثل زيادة عن المخاطرة الصغرى ، ويجب أن تكون المخاطرة التي ينطوي عليها البحث متسقة بطريقة معقولة مع المخاطر الموجودة في المواقف التي سيتوقعها الطفل (على سبيل المثال الاختبارات الطبية البيولوجية المتسقة مع اضطراب أو حالة الطفل) وأخيراً يجب اتخاذ خطوات كافية للحصول على موافقة الوصي على الطفل ورضا أو موافقة الطفل أيضاً .

٤- البحوث التي لا يتم الموافقة عليها :

بموجب ظروف معينة عندما تقدم البحوث وقاية أو تخفيف لمشكلة خطيرة تؤثر على صحة وسلامة الطفل لا يتم قبول هذه البحوث أو الموافقة عليها وذلك بموجب اللوائح الخاصة بذلك ، ويحتاج إجراء هذه البحوث إلى موافقة وزير الصحة في ضوء المبادئ أو القواعد التي نشرتها وزارة الصحة والخدمات الإنسانية بالولايات المتحدة الأمريكية .

أوجه الجدل في بحوث الصحة النفسية للأطفال :

١- تعريف المخاطرة الصغرى :

يرى أرنولد وآخرون .Arnold et al (١٩٩٦) أن بعض هيئات المراجعة المؤسسية Institutional Review Boards (IRBS) تفسر المخاطرة الصغرى Minimal Risk على أنها ليست مخاطرة أو خطورة، ومع ذلك فإذا كانت المخاطرة الصغرى تعنى أن مخاطر الضرر المتوقعة في البحث المقترح لا تكون أكبر من المخاطر التي نواجهها بشكل عادى في الحياة اليومية فإن ذلك يتضمن الوضع في الاعتبار المخاطر اليومية التي يوافق عليها الوالدان والمجتمع بالنسبة للأطفال مثل ركوب الدرجات ، والسباحة ، أو التزحلق على الجليد ، ولكن تتباين الآراء حول هذا الموضوع فيوضح كوبيلمان Kopelman (١٩٨٩) أن عبارة يتم مواجهتها بطريقة عادية في الحياة اليومية يمكن أن يتم تفسيرها بطرق متعددة على أنها جميع المخاطر التي يواجهها كل الأفراد بطريقة عادية ، أو المخاطر الصغرى التي يواجهها كل الأفراد بشكل طبيعي ، ولأن المخاطر لا يمكن تفسيرها بطرق مختلفة ولا يتم قبول وجهة نظر واحدة ، فإن بعض هيئات المراجعة المؤسسية (IRBS) ينبغى ألا تكون تقييدية لأن هذا من شأنه أن يسبب عقبات بالنسبة لاشتراك الأطفال في البحوث .

وإحدى الطرق لتنقيح مفهوم الخطورة الصغرى قدمه أرنولد وآخرون .Arnold et al (١٩٩٦) حيث يرون أنه ينبغي أن يتم التمييز أو المفاضلة بين الخطورة Risk ، وبين النفور Aversiveness فقد يكون الإجراء قد ارتبط بمخاطر بدون أن يكون منفراً أو غير مريحاً ، وعلى العكس فيمكن أن يكون الإجراء منفراً بدون أن ينطوي على أو يتضمن أى مخاطر حقيقية ، فعلى سبيل المثال لاحظ كستلانوس وآخرون .Castellanos et al (١٩٩٤)

أنه يمكن تقليل درجة النفور عن طريق البروفات التمهيدية ولعب الأدوار ، ويمكن تقليل المخاطرة النفسية للنفور إلى حد كبير جداً ، وعلى الرغم من ذلك فإن القرارات أو الأحكام التي تتعلق بنسبة المخاطرة والفائدة عند استخدام الإجراءات المنتشرة في البحوث المتعلقة بطب الأطفال يمكن أن تكون صعبة ولاسيما عندما يتم استخدام هذه الإجراءات في الدراسات المتعلقة بالعينات السكانية العادية من الأطفال ، وفي مثل هذه الحالات يكون من الشائع غالباً وجود جدل واختلافات في الآراء حول تعريف الخطورة الصغرى ، ولذلك فهي تختلف في أغلب الأحيان عبر هيئات المراجعة المؤسسية (IRBS) .

٢- السرية أو الخصوصية :

إن البحوث التي تجرى على الأطفال والمراهقين الذين لديهم اضطراب السلوك الفوضوي تتوصل في أغلب الأحيان إلى معلومات حساسة قد لا يرغب الفرد في كشفها فقد تسبب ضرراً إذا تم معرفتها خارج موقع البحث ، وبمجرد أن يوافق المشارك أو الوصي عليه على أن يشارك بالمعلومات الشخصية مع فريق البحث يتعهد الباحثون بأن هذه المعلومات لا يجب إفشائها للآخرين بطريقة أو بشكل غير متسق مع الموافقة الأصلية ، ومع ذلك فإن الإجراءات الروتينية للحفاظ على السرية قد لا تكون كافية عندما يقوم الباحثون بالبحث عن المعلومات الحساسة أو التي من المحتمل أن تسبب وصمة عار كما في حالة الاضطرابات النفسية ، وإساءة استخدام المخدرات أو الخمور والإساءة التي يتعرض لها الطفل ، وعلى الرغم من توافر الإجراءات الخاصة لحماية السرية أو الخصوصية للفرد المتعلقة بالمعلومات الحساسة فقد تثار بعض المواقف البحثية التي لا يمكن فيها ضمان المحافظة على السرية أو الخصوصية ، وعلى وجه العموم فإنه ينبغي ملاحظة أوجه

القصور في استمارة الموافقة .

٣- شهادة السرية :

في حالة إجراء البحوث الحساسة أى البحـوث العلاجيـة والبحـوث الطولية فإن الإجراءات الروتينية لتقدير السرية قد لا تكون كافيـة لحمايـة المشارك من الإفشاءات الضارة ، فعلى سبيل المثال فإن البيانات التـي يـتم جمعها عن السلوك العنيف وسوء استخدام المادة أو السلوكيات الوالدية للكبار الذين لديهم اضطرابات نفسية قد تكون عرضة لاستدعاء الباحث أو الفريـق البحثي للتحقيق من جانب المحكمة بسبب هذه الأعمال غير القانونية والتـي تستدعى التحقيق من جانب المباحث الجنائية أيضاً ، وفـي هـذه الحالـة أو الظروف يمكن أن يقوم الباحـث بطلـب شـهادة للـسرية Certificate of Confidentiality بموجب قانون خدمات الصحة العامة ، وطبقاً للقانون فإن الشهادة توفر الحصانة للباحث من أى نظـام حكـومي أو مـدني لإفـشاء المعلومات التي تحتوى عليها سجلات البحوث ، وحتى في هذه الحالة ينبغي توخى الحذر ؛ حيث إن هذه الشهادة لا يمكن الاعتداد بهـا فـي المحكمـة (هواجود Hoagwood ، ١٩٩٤) ، وعندما يحصل الباحث على شهادة فإن أسلوب الحماية وأوجه القصور في الحماية ينبغي أن يتم شرحها للمشاركين من الأطفال والمراهقين ووالديهم .

٤- إباحة السر :

الباحثون الذين يدرسون اضطراب السلوك الفوضـوي فـي مرحلـة الطفولة والشباب قد يصبحون أثناء مسار البحث على وعى كامل بالمعلومات التي توحي بأن هناك إساءة للطفل أو تهديدات بإلحاق الضرر أو بالعنف تجاه المشارك أو الآخرين الذين يتم تحديدهم ، وهناك قوانين تقتضى التبليغ عـن

أى إساءة أو إهمال للطفل ؛ لذا ينبغي على الباحثين والأخصائيين النفسيين أن يراجعوا القوانين جيداً وأن يبلغوا عن أى إساءة أو إهمال للطفل ، وفي الوقت الحالي ليس من الواضح ما إذا كان يطلب من الباحثين بشكل قانوني أن يرسلوا إلى السلطات سجلات البحوث المتعلقة بالإساءة بعد أن يتم التبليغ عنها ، وهناك أمثلة لحالات موجودة تتعلق بالباحثين الذين يمتنعون والذين يقدمون مثل هذه السجلات ، ومع ذلك فبمجرد أن يتم التبليغ أو يتم تحديد التكليفات المتعلقة بالتبليغ فإن الباحث الرئيسي ينبغي أن يتأكد من أن العاملين في البحوث قد تم تدريبهم على أن يتعرفوا على مؤشرات الإساءة وأن يتبعوا الإجراءات الملائمة ، ومثل هذه التكليفات ينبغى أن يتم توصيلها للوالدين والمشتركين الصغار عند وقت الموافقة على استمارة الاشتراك ، وفي بعض الحالات يختار الباحثون ألا يسألوا أسئلة معينة عن الإساءة للطفل في المواقف التي تكون فيها تكليفات بالإبلاغ عن هذه المعلومات بحيث لا يكون المشارك في خطورة اجتماعية أو جسمية أكبر .

٥- حماية المشاركون من إيذاء أو إلحاق الضرر بأنفسهم :

في مسار عملية البحث فإن الباحثين الذين يهتمون بدراسة اضطراب السلوك الفوضوي لدى الأطفال والشباب الذين لديهم مخاطرة عالية ، قد تأتى لهم معلومات توحى بأن بعض هؤلاء الأفراد يفكرون في الانتحار ؛ لذا ينبغي أن يكون الباحثين مستعدين لمثل هذه الظروف باتخاذ بعض الإجراءات النوعية التي يجب إتباعها إذا تم الشك في حدوث أي احتمال لإلحاق الضرر بالذات ، وينبغي إبلاغ المشتركون والأوصياء عليهم بشأن هذه الإجراءات قبل الحصول على تصريح للمشاركة ، ويجب أن يكون الباحث مستعداً أن يتغاضى عن طلب الطفل أو المراهق بأن هذه المعلومات لا يجب الإفصاح عنها .

إجراءات الموافقة :

١- موافقة الوالدين أو الوصي على الطفل :

إن الإجراءات المتعلقة بالموافقة بالنسبة للأطفال والمراهقين تتطلب اعتباراً خاصاً وذلك للعديد من الأسباب فالأطفال ليس لديهم أهلية قانونية للموافقة ، واعتماداً على عمر الطفل وطبيعة سياق البحث قد يفتقر الأطفال إلى القدرة المعرفية لكي يفهموا الغرض ، والمجال أو طبيعة الدراسة (فيشر Fisher ، ١٩٩٣) ، وقد يشعر الأطفال بأنهم غير قادرين على أن يرفضوا المشاركة ، وبالتالي فلضمان أو التأكد من أن حقوق القاصر تتم حمايتها ينبغي عمل تدابير معينة للحصول على موافقة الوالدين ، وموافقة أحد الوالدين تعتبر كافية للاشتراك في البحوث التي تتضمن مخاطرة صغرى ، أو البحوث التي تتضمن أكبر من مخاطرة صغرى مع توقع حدوث فائدة مباشرة ، وموافقة الوالدين يجب أن يتم السعي إليها بالنسبة للبحوث التي تتضمن أكبر من خطورة صغرى مع عدم توقع فائدة مباشرة ، وتحديد الوصاية يمكن أن يسبب – في بعض الأحيان – مصاعب للباحثين الذين يعملون مع الأطفال الذين تحت رعاية مؤسسات الدولة .

٢- موافقة الطفل :

بالإضافة إلى الموافقة من جانب الوالدين أو الوصي فإن حقوق الصغار أو القصر تتم حمايتها بشكل أكبر من خلال الطلب الذي يقضي بأن يتم عمل تدابير خاصة للحصول على موافقة الطفل عندما يكون قادراً على عمل ذلك ، وتفترض الموافقة أن يكون لدى الطفل مستوى مناسب من القدرة المعرفية والنضج الانفعالي ، ويفهم طبيعة البحوث ومخاطرها وفوائدها ومن ثم يوافق على المشاركة فيها أو يرفضها ، والمسئولية بالنسبة لتحديد ما إذا كان الطفل قادراً على إعطاء الموافقة تعتمد على هيئات المراجعة المؤسسية

(IRB) المحلية .

وبالنسبة لإجراء البحوث على الطفل الصغير الذي يكون غير قادر على تقديم الموافقة يتم إجراء هذه البحوث بعد أخذ موافقة الوالدين ، وعند تصميم استمارة الموافقة ينبغي على الباحثين أن يضعوا في اعتبارهم نضج الطفل وقدراته المعرفية ، ونقاط القوة الفريدة من نوعها والعلاقة بين الوالد أو الوالدة ، كما يتم تضمين القواعد الأخلاقية المهنية لحماية استقلالية المشارك والتأكد من أن القرار المتعلق بالمشاركة يكون عن علم وعقلانية ، وتطوعية ، وكلمة عن علم أو إطلاع تعني أو تشير إلى التزام الباحث بأن يكشف أو يبيح بشكل كامل المعلومات المتعلقة بالإجراءات التي قد تؤثر على رغبة أو استعداد الطفل للاشتراك في الدراسة ، ويجب أن تتضمن هذه المعلومات الشرح الكامل للغرض من البحث ومدته ووصف الإجراءات والفوائد الممكنة للمشترك أو للآخرين والكشف عن أى إجراءات بديلة أو علاجات بديلة يمكن أن تكون ذات ميزة للخاضع للدراسة ، ووصف لمدى وحدود السرية أو الخصوصية ، وبالنسبة لأي بحوث تنطوي على ما يتجاوز المخاطرة الصغرى يجب أن يتم تقديم معلومات بخصوص التعويض ، ومدى توافر العلاج وطبيعة هذا العلاج في حالة حدوث أى إصابة أو ضرر ، ويجب أن يتم تقديم المعلومات بطريقة تكون ملائمة من حيث استخدام اللغة ومستوى فهم المشترك أو الوصي عليه أو كلاهما ، والمبادئ أو الخطوط الإرشادية تتطلب أن يتم توثيق الموافقة عن علم في معظم الحالات ، ومع ذلك ففي ظروف أو حالات معينة يمكن التغاضى عن هذا الطلب ، وخاصة في حالة تضمين تلك الظروف التي يتم فيها جمع البيانات من خلال سجلات إدارية ولا يتم نقل أى معلومات محددة ، والمطلب الإضافي بالنسبة للموافقة عن علم ينشأ في الحالات الحساسة التي يتم فيها جمع المعلومات السرية عن الأمراض المُعدية أو القابلة للانتشار ، والإساءة إلى الطفل ، والأنشطة غير

القانونية ، ونتيجة لذلك إذا استدعت الحاجة الإبلاغ عن مثل هذه المعلومات للسلطات فإن ذلك يعتبر إجبارياً من الناحيـــة القانونيـــة ، وينبغـــي إطـــلاع الخاضعين للدراسة على هذه المعلومات أي يكونون علـــى علـــم بهـــا قبـــل المشاركين في الدراسة .

٣- موافقة الطفل في غياب موافقة والديه :

هناك عدد كبير من الأطفال والمراهقين الذين لديهم خطـــورة عاليـــة والذين يعانون من اضطراب السلوك الفوضوي يكون لهم رعاية غير محددة وأوصياء غير أقارب لهم أو تحت وصاية الدولـــة (هينـــدرين Hendren ، ١٩٩١) ، وبالإضافة إلى ذلك فإن البيئات المادية أو الاجتماعية المنفرة أو البغيضة التي يعيش فيها بعض هؤلاء الأطفال قد تجعل عملية الحصول على الموافقة الوالدية صعبة ، فعلى سبيل المثال فإن الأطفال الذين يندرجون من عائلات تتسم بالإهمال أو الإساءة يتم تضمينهم في هذا النمط ، وفي أنـــواع أخرى من البحوث (على سبيل المثال الدراسات التي تتعلق بالنشاط الجنسى أو سوء استخدام المادة عند المراهقين) فإن الحصول على الموافقة الوالدية قد ينتهك خصوصية المراهق أو يعرض سلامته للخطر لذلك يجب أن يمنح المراهقين الاستقلالية فيما يتعلق باتخاذ قرارات صحية بخصوص العلاج من مرض تناسلي أو جنسي ، وسوء اســـتخدام المخـــدرات أو الاضـــطرابات الانفعالية ومثل هذه الحالات يتم استخدامها كنموذج لتحديد الحـــالات التـــي يمكن فيها التغاضى عن موافقة الوصي (فيشر Fisher ، ١٩٩٣) .

وعندما تكون مخاطر البحوث ضئيلة ، والموافقة التي عن علم تكـــون غير ممكنة ، فإن الاحترام لأهمية اشتراك الأسرة في حياة الأطفال تقتـــضى أنه بالإضافة إلى إجراءات موافقة الطفل فإن إخطار الوالدين يجب أن يـــتم كمجاملة وكميكانيزم لتقديم معلومات إضافية .

٤- الطبيعة التطوعية (الاختيارية) للموافقة :

يجب أن يكون الباحثين الذين يهتمون بدراسة الأطفال الذين لديهم اضطراب السلوك الفوضوي والاضطرابات النفسية الأخرى على دراية بالطبيعة القهرية المحتملة فيما يتعلق بإجراءات الموافقة عن علم ، والعائلات التي يتم الاتصال بها أثناء بحثهم عن الخدمات في مستشفيات أو مراكز الصحة النفسية أو هيئات تقديم الخدمات الاجتماعية قد يقلقون ويعتقدون أن عدم الامتثال للموافقة سيؤدى إلى فقدان الخدمات التي يحصلون عليها لأنفسهم أو لأطفالهم (جينسن وآخرون Jensen et al. ، ١٩٩٩) أو أنهم قد يفقدون الرعاية التامة لأطفالهم ، وينبغي على الباحثين أيضاً أن يأخذوا حذرهم من النزاعات الممكنة التي يمكن أن تقيد أو تحد من الطبيعة التطوعية التي يتم إدراكها فيما يتعلق بعملية المشاركة ، فعلى سبيل المثال في غالبية الدول يتوافر عدد قليل من الخدمات لعلاج الأطفال والمراهقين الذي لديهم اضطراب السلوك الفوضوي وكقاعدة عامة تعتبر الخدمات المقدمة لعلاج غالبية الاضطرابات شحيحة إلى حد كبير .

ونظراً للنقص الحالي في المعرفة بشأن الكثير من العلاجات الكلينيكية للاضطرابات الموجودة عند الطفل والمراهق ، والعلاجات الوهمية ، فإن البدائل الأخرى قد تكون هامة في معظم الظروف إن لم يكن في جميع الظروف ، وبالتالي ففي سياق الاحتياجات الكلينيكية للطفل تكون العائلات محبطة بشكل كبير جداً إذا لم يتم إدخال علاج فعال كجزء لمشاركتهم في برنامج البحوث ، وينبغي أن يتم وضع تصور ذهني للموافقة عن علم على أنه عملية تعليمية مستمرة بين الباحث وبين المشترك المنتظر ، وينبغي أن يتم ذكرها ومناقشتها خلال مراحل مسار الدراسة ، وهذا يتعلق بشكل خاص بإجراء الدراسات الطولية ؛ حيث يمكن أن يتم تعديل طبيعة مقاييس التقدير

لتتناسب مع الحالة التنموية للمشتركين ؛ حيث يزداد الفهم المعرفي للطفل وتزداد الاستقلالية الشخصية ومن الممكن أن تتغير الموضوعات المتعلقة بالسرية أو الخصوصية عندما يصل الطفل المشترك إلى مرحلة المراهقة .

٥- الموافقة السلبية :

تعد الصعوبة في الحصول على موافقة الوصي ليست كافية للتغاضي عن المطلب الخاص بالحصول عليها كوسيلة للتغلب على المعدلات المنخفضة للاستجابة الوالدية ، وعلى وجه العموم فإن الموافقة السلبية Passive Consent (حيث يتم إرسال استمارات للأوصياء وحثهم على الاستجابة في حالة رغبتهم في مشاركة الطفل) ، ليست بديلاً لموافقة الوصي ؛ حيث إنها لم تف بالمعايير التي تحددها مبادئ الإحسان والاحترام للأشخاص والعدالة (فيشر Fisher ، ١٩٩٣) ، واستخدام إجراءات الموافقة السلبية مع العينات السكانية الفقيرة أو المحرومة بغرض مشكلات أخلاقية خاصة لأنه من الممكن أن يخلق موقفاً غير عادلاً يكون فيه هؤلاء الأطفال محرومون من الحماية التي تقدمها موافقة الوصي .

٦- المناصرون للمشارك :

يرى جينسن وآخرون .Jensen et al (١٩٩٩) أنه عندما يتم التغاضي عن الموافقة الوالدية أو عندما يكون الأطفال والمراهقين تحت الوصاية فإن اللوائح تتطلب أن يكون هناك مناصر أو مؤيد للقاصر لكي :

- يتحقق من فهم القاصر لإجراءات الموافقة .
- يساند ما يفضله القاصر .
- يضمن أو يتأكد من أن المشاركة هي مشاركة تطوعية .
- يراجع على فترات أو بين الحين والآخر ما إذا كان هؤلاء الأفراد

يريدون إنهاء المشاركة .

- يقدر أو يقيس التفاعلات مع الإجراءات التي تم التخطيط لها .

- يضمن أن الاستجوابات تتناول جميع أسئلة المشترك واهتماماته ، وينبغي ألا يكون لمناصر المشترك دور في جمع واختيار الخاضعين للدراسة أو فائدة من مشروع البحث .

٧- حوافز المشاركة :

يتم استخدام الحوافز للمشاركين كوسيلة لجمع الخاضعين للدراسة ، والقرار بتقديم حوافز يخلق توتراً أخلاقياً بين التعويض (المكافأة) مقابل الوقت والجهد المبذولين في المشاركة في البحث ، والقهر أو القسر- الذي ليس في محله - للاشتراك في الإجراءات التي قد لا يقوم فيها الخاضعون للدراسة بالموافقة لولا ذلك ، ويجب على الباحثين أن يكونوا حريصين بشكل خاص عند اتخاذ القرار بشأن الحوافز الملائمة للأشخاص الذين لا يرغبون في تلقى أي حوافز مادية ، فالحوافز المادية تعكس درجة من الخطورة وعدم الارتياح أو الضجر لدى الشخص المشارك في البحث أو للدراسة ، ويجب أن يكون هناك اتفاق أو إجماع حول المكافآت أو الحوافز التي تقدم في مثل هذه الحالات (جينسين وآخرون .Jensen et al ، ١٩٩٩) .

ضمان وجود تمثيل عادل والحصول على فوائد البحث :

إن الباحثين الذين يعملون مع العينات السكانية المتنوعة يتحملون المسئولية لكي يضمنوا أن :

١- العينات السكانية من الأقليات وذوى المستويات الاجتماعية الاقتصادية المتدنية يكون لديهم فرص متساوية فيما يتعلق بالحصول على فوائد البحوث .

٢- ألا يتعرضوا إلى توزيع غير عادل فيما يتعلق بمخاطر البحوث مهما

كانت الأسباب .

وهذا الضمان الثانى يمثل تحدياً خاصاً للباحثين الذين يقومون بتقدير خدمات الصحة النفسية للأطفال والمراهقين لأنه قد يكون هناك في بعض الأحيان أسئلة خطيرة يتم إثارتها بخصوص صدق المقاييس الموضوعة والموجودة لتحديد اضطراب السلوك الفوضوي أو أي أشكال أخرى للمرض النفسى عبر العينات السكانية المختلفة ، وهذه المواقف تنطوى على مخاطر بشأن إجراء تشخيص ناقص أو تشخيص زائد عن الحد للأطفال الذين ينتمون للأقليات أو المجتمعات ذات الحالة الاجتماعية الاقتصادية المتدنية ، وبالتالي فإن الأخطاء التشخيصية يمكن أن تؤدى إلى أن يتم استبعاد غير عادل لبعض الأطفال الذين ينحدرون من الأقليات أو المجتمعات ذات الخلفية الاجتماعية الاقتصادية المتدنية من اشتراكهم في الدراسات التي تتناول العلاجات المتميزة أو يتم تمثيلهم بدرجة زائدة وغير عادلة في البحوث مثل الدراسات التي تتعلق بالمخدرات والتي قد تنطوي على مخاطرة أو خطورة ، ويمكن تحسين الاستراتيجيات المتعلقة بجمع واختيار العينات البحثية (أو التي يجرى عليها البحث) من العينات السكانية المتنوعة من خلال تأسيس لجان استشارية تتألف من ممثلين من المجتمع عن الأقليات ، وممثلين من المتخصصين في مجال الصحة النفسية يضعون معايير دقيقة للتضمين والاستبعاد فيما يتعلق بالاشتراك في البحوث ، ويمكن أن يتم تحسين طرق التقدير بدرجة أكبر من خلال التأكد من أن هذه الطرق تفي بالمعايير العليا للصدق البيئى والثقافي .

أمثلة لبعض الدراسات التي توضح التوازن بين المخاطرة والفوائد :

سعى فيشر وآخرون Fisher et al. (١٩٩٦) إلى تحديد الآثار

الجانبية لعقار فينفلورأمين Fenfluramine عند الأطفال الذين يعــانون مــن النشاط الزائد ولديهم تأخر عقلي وذلك بالنظر إلى اعتباره كعلاج بديلي ممكن للأدوية المنبهة ، وفحص الباحثون خمسة مجموعات للأدويــة (مجموعــة تتعاطى الميثيل فينديت MethylPhenidate ، ومجموعة تتعــاطى العــلاج الــوهمي Placebo ، وثــلاث مجموعــات مختلفــة مــن الفينفلــورأمين Fenfluramine) ، وعلى الرغم من أن الباحثين كان لديهم توقعات جيــدة حول أهمية استخدام الفينفلورأمين إلا أنه كانت هناك بعض أوجه الجــدل ؛ حيث إن الدراسات التي أجريت على الحيوانات قد بينت أن الجرعات التــي يتم إعطائها خلال فترة قصيرة يمكن أن يكون لها آثار طويلة ودائمة علــى مستقبلات السيروتونين عند بعض الأنواع ، وهذا التأثير لا ينطبق بالضرورة على البشر ، ولكن الباحثون ألقوا الضوء بطريقة ملائمة لجذب انتباه هيئــة المراجعة المؤسسية (IRB) .

ولمساعدة هيئة المراجعة المؤسسية (IRB) بشكل أكبر في تحديد نسبة الخطورة إلى الفائدة أوضح الباحثون أن المادة الفعالة قــد تــم اســتخدامها بجرعات أعلى بكثير في الدراسات التي أجريت على الحيــوان بينمــا تــم استخدامها بطريقة عادية أو طبيعية مع البشر ، ولم تنسخ جميع الدراســات الآثار المزعومة الموجودة في الحيوانات ، كما لا حظوا عدم وجود أي دليل يربط التغييرات في مستقبلات السيروتونين بالارتباطات السلوكية ، والأهــم من ذلك الحقيقة التي تفيد بأنه قد تم استخدام هذا العقار لعقدين من الــزمن ، ولم توجد تقارير تفيد بوجود نتائج عكسية فيما يتعلــق بالجهــاز العــصبي المركزي ، ولقد قبلت هيئة المراجعة المؤسسية هذه المجــادلات حيــث إن الدراسة يمكن أن تساعد في تحديد الفوائد الممكنة للعقــار المــستخدم عنــد الأطفال الذين لم يتجاوبوا بشكل جيد للعلاجات التقليدية المتعلقــة بالأدويــة

المنبهة ، ولحماية الأطفال من أى ضرر محتمل يتم إبلاغ الوالـــدين بـــشكل كامل عن الجدل الذي يثار حول استخدام عقار فينفلورأمين Fenfluramine كما أن موافقة الوالدين عن علم قدمت المزيد من النصائح للوالـــدين حـــول البحوث التي أجريت على الحيوانات ، وحول الاحتمال بأن الدواء يمكـــن أن يسبب تلف عصبى دائم للأطفال المشاركين في الدراسة .

ولضمان التمثيل العادل والحصول على فوائد البحوث وتقليل الخطورة والتهديدات للصدق الداخلي اهتم فيشر وآخـــرون .Fisher et al (١٩٩٦) أيضاً بتحديد أكفأ العلاجات لاضطراب نقص الانتباه المـــصحوب بالنـــشاط الزائد ، توضيح إذا كان العلاج النفسي الاجتماعي مـــن الممكـــن أن يقـــوم بتحسين كفاءة العلاجات الدوائية ، وفي اكتشاف مـــا إذا كانـــت العلاجـــات النفسية الاجتماعية وحدها من الممكن أن تفيد الأطفال الذين لديهم اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، ولفحص هـــذه الإمكانيـــة أو هـــذا الاحتمال فإن تصميم الدراسة حدد أن الأطفال يجب أن يتم توزيعهم بطريقة عشوائية لمجموعة واحدة من الأربعة علاجات التالية : الأدوية المنبهة التي تم تحديدها بطريقة فردية ، وعلاجات نفسية اجتماعية مكثفـــة ، وأســـاليب علاجية مدمجة ، والإحالة إلى مقدمي الخدمات في المجتمع ، وعلى الـــرغم من أن بعض أعضاء فريق البحث كانوا منزعجين من أن مجموعات الأقلية يتم تحديدها بشكل غير ملائم على أنها تفي بالمعايير بالنـــسبة لاضـــطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، أثير قلقاً متوازناً عن طريق أعضاء آخرين في الفريق من أن البحوث السابقة لعلاج اضطراب نقـــص الانتبـــاه المصحوب بالنشاط الزائد لم يتم إجرائها مع العينات الـــسكانية التـــي تمثـــل الأقلية ، ومن ثم استبعاد هذه العينة من الفوائد المحتملة للبحوث ، ولأن كلا الجانبين من القلق لهما مزايا استنتج الباحثون أن كلاهما يجب مناقـــشته وأن

يتم عمل توازن بينهما بطريقة ملائمة حتي لا يتم حرمان أى فئة من المواطنين (على سبيل المثال أطفال الأقليات) من فوائد العلاج ، والعمل في نفس الوقت على ضمان أن العينات السكانية التي لديها قابلية تم تشخيصها تشخيصاً سليماً وإدخالها في علاجات الدراسة عندما تكون التدخلات الأخرى ملائمة بدرجة أكبر ، ولمعالجة هذا القلق قام الباحثون بتأسيس وحدة منوط بها البحث في موضوعات النوع والجنس والثقافة وتطوير الطرق والاتصال بقادة الأقليات بالإضافة لضمان أو التأكد من أن الإجراءات التشخيصية والإجراءات المتعلقة بالتقدير كانت ملائمة وقوية وصادقة من الناحية الثقافية ، واشتملت المعايير المتعلقة بالدراسة عدم استخدام درجات الذكاء المنخفضة كمعيار فاصل (للاستبعاد) ، بدلاً من استخدام مقاييس الأداء الوظيفي التي أتضح أنها مناسبة وتساعد على عمل مراجعة نهائية للأداء الوظيفي النفسي الاجتماعي الكامل للطفل والسياق الأسرى قبل الاتجاه إلى الجوانب المتعلقة بالعلاج ، وهذه الإجراءات كانت ملائمة ومقبولة واتفق عليها الفريق العلمي والاستشاريين والأخصائيين .

وفي نفس التجربة أثناء تصميم الجوانب الأربعة النهائية كان هناك بعض الباحثين قلقين بشأن أن إيقاف أو سحب العلاج الدوائى من أى طفل سيكون عملاً غير أخلاقياً (نظراً لأن هناك نتائج معينة تم التحقق منها بشكل جيد فيما يتعلق بالعلاج بالأدوية المنبهة للغالبية العظمى من الأطفال) ، فإن هناك أعضاء آخرون في الفريق لديهم قلق مشابهه فيما يتعلق بأنه ليس كل الأطفال الذين لديهم اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يحتاجون العلاج الدوائي ، وأن بعض الأطفال لم يكونوا قادرين على أن يتحملوا هذه العلاجات بسبب آثارها الجانبية ، وعلاوة على ذلك بينت النتائج أن العلاجات النفسية الاجتماعية المكثفة يمكن أن تقدم سيطرة سلوكية كافية

على الأعراض المرضية لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، ولمعالجة وعمل توازن لهذه الجوانب المتعلقة بالقلق ، قام الباحثون بتطوير إجراءات جديدة لتقليل الخطورة وتعظيم أو زيادة الفوائد الكلينيكية عبر جميع الجوانب الفعالة للدراسة ، فقبل اختيار العينة عشوائياً تم التأكد من وجود اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وتم تقدير جميع الأطفال المؤهلين للدراسة بعيداً عن استخدام الأدوية (إذا كانوا يتناولون الأدوية فيما سبق) وهذا التقدير تم تنسيقه بالكامل مع مقدم الرعاية الأساسية والوقت الكلى عند عدم استخدام الدواء تم خفضه إلى الحد الأدنى الكامل لكي يتم تجنب أي آثار أو نتائج غير ملائمة على الأداء في البيت والمدرسة ، وبمجرد أن يتم استكمال التقدير وأثناء الانتظار لاختيار العينة العشوائية يتم إرجاع الأطفال إلى نظامهم في العلاج العادي .

وبعد أن يتم اختيار العينة العشوائية بالنسبة للأطفال الذين تم اختيارهم في مجموعة العلاج بالأدوية المنبهة وحدها أو في مجموعة العلاج المركب تم معايرة الأدوية بشكل فردى أو منفصل لكل طفل لتحديد الجرعة الأساسية لهذا الطفل، وبالنسبة للأطفال الذين تم اختيارهم للاشتراك في مجموعة العلاج النفسي الاجتماعي وحده تمت زيادة العلاجات لجعلها مكثفة بما يكفي لعلاج أي مشكلات سلوكية محتملة فيما يتعلق باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، ولمراقبة الحالة الكلينيكية لجميع الأطفال تم عمل لجنة لتقديم خدمات خاصة ملحقة أسبوعياً لمراجعة أي حالات طارئة تظهر على الأطفال في أي مجموعة علاجية ، وبذلك لجلسات علاجية إضافية لأي طفل يظهر عليه دليل يفيد بوجود تدهور كلينيكي خلال مسار التجربة التي تدوم لمدة ١٤ شهراً وعلاوة على ذلك فبالنسبة لأي طفل يظهر مصاعب مستمرة فإنه يتلقى الخدمات الضرورية من الناحية الكلينيكية والأخلاقية حتى

ولو شكلت هذه التوصية علاجات ليست جزءاً من مجموعة العلاج الأصلي الذي تم تحديده عشوائياً ، وتم عمل بعض الترتيبات الضرورية لتتبع الخدمات الإضافية التي تم تلقيها لكي يتم إجراء تحليلات بعدية لعدد العلاجات المتداخلة عبر المجموعات التي تلقاها الخاضعون للدراسة في كل مجموعة من مجموعات العلاج ، وبهذه الطريقة تم الحفاظ على التكامل العلمي للدراسة ، وفي نفس الوقت أيضاً ضمان الحماية الملائمة والأخلاقية للاهتمامات الكلينيكية لكل طفل .

تأثير الإحساس بوصمة العار على المشاركين في بحوث الصحة النفسية :

يكون لدى الباحثين وأعضاء هيئات المراجعة المؤسسية IRBS بين الحين والآخر اتجاهات وآراء خفية تتسم بالعار فيما يتعلق بالمشاركين في البحوث الذين يكونون في خطر أو يصابون باضطراب عقلي ، وفي كثير من الأحيان نجد أن افتراض عدم الكفاءة Presumption of Incompetence يبدو أنه يشكل الآراء والتحيزات الخاصة بالباحثين ، وبالتالي فإن الباحثين قد يشعرون بالحاجة إلى أن عمل حماية بشكل أكثر من العادي للطفل المضطرب أو غير القادر أو المعاق وذلك إنطلاقاً من افتراض عدم الكفاءة لدى الطفل ، وهذا الافتراض الخاص بعدم الكفاءة ينبع أو ينشأ من الاعتقاد غير الواضح بأن الاضطرابات الانفعالية والسلوكية والتنموية تضيف بشكل أساسي قدرة المشتركين على فهم المعلومات وعلى التقييم بطريقة مثيرة أو مفيدة للنسبة بين المخاطرة والفائدة ، ومع ذلك فهناك تأييد عملي للافتراض بأن الأطفال الذين يعانون من اضطرابات مرضية نفسية (بصرف النظر عن الاضطرابات التي تؤثر بشكل متكرر على المعرفة على سبيل المثال الاضطرابات النمائية السائدة والأوتيزم) يكونون قادرين بشكل أقل من نظرائهم في نفس العمر على التقييم والاشتراك في عمليات الموافقة على

الاشتراك في البحوث (جينسين وآخرون .Jensen et al ، ١٩٩٩) .

ويمتد الافتراض المتعلق بعدم الكفاءة أيضاً ليشمل التحيزات بخصوص قدرة أهل هؤلاء الأطفال الذين لديهم مثل هذه الاضطرابات على تقييم المشاركة في البحوث مقابل أفضل الفوائد لأطفالهم إلى الحد الذي يتطلب فيه أطفالهم ما هو أكبر من الحماية العادية على سبيل المثال وجود شخص يراجع الموافقة على اشتراكهم في البحوث أو ضرورة وجود مراقبة من جانب الوالدين أثناء مسار البحث والإحساس بوصمة العار عند أهل الأطفال الذين لديهم اضطرابات عقلية لم يتم تأييدها فيما يتعلق بقدرة الشخص الذي يكون في خطورة أو محنة أو كرب ليقدم موافقته كاملة عن علم ، وأهل الأطفال الذين لديهم اضطرابات عقلية يكونون غير قادرين على تقديم موافقات عقلانية ولكن لم يتم إيضاح ذلك ، ووصمة العار تؤثر أيضاً على افتراضات الباحثين بشأن أنواع الأسئلة والإجراءات التي يكون فيها الأطفال آمنين أثناء عملية البحث ، فعلى سبيل المثال لم يتضح وجود أي دليل على أن سؤال الأطفال عن مشاعر التفكير في الانتحار تزيد من احتمال وجود مثل هذه المشاعر أو يعطى الطفل تصريحاً سلبياً لتفعيل مثل هذه الدوافع الانتحارية ، وفي الحقيقة تقترح الخبرة الكلينيكية وجود العكس تماماً مع أن الكثير من الباحثين يفترضون أن مثل هذه الأسئلة قد تكون خطيرة أو من الممكن أن تؤدى إلى نتائج غير ملائمة ، وفي واقع الأمر فإن سؤال الأطفال والعائلات هذه الأسئلة الشخصية والسرية بدرجة عالية ينظر إليه غالباً على انه إجراء غير مقبول لمعظم الخاضعين للدراسة وعائلاتهم (لاهي وآخرون Lahey et al. ، ١٩٩٦) .

الاتفاق الأخلاقي بين الباحثين والمشاركين في البحوث :

بكل ما تحمله الكلمات من معاني يجب أن تكون هناك مشاركة كاملة

وفهم كامل فيما يتعلق بعملية الموافقة ، فالفهم الكامل لطبيعة برنامج البحث والمخاطرة والفوائد المحتملة وذلك بين الباحثين وبين المشتركين في البحوث وهذا الفهم المشترك ينبغى أن يشكل الأساس للاتفاق الأخلاقى بين الباحث وبين المشارك ويجب أن تقوم عملية المشاركة في المعلومات على أساس الصراحة والاحترام والثقة المتبادلة ، ويعتبر ذلك مطلب أساسى يقتضى أن يكون الباحث الكلينيكيى على دراية أو علم كامل بالمشتركين المحتملين وأن يتواصل معهم بشكل أساسى وأن يتواصل مع الأوصياء عليهم أيضاً وأن يحتاط لأى احتمال لنشوء تضارب في المصالح في الأدوار الثنائية للباحث ، ويجب أن يكون الباحث على دراية بهذا التضارب في المصالح المرتبط بالبحوث العلاجية .

ويمكن أن تكون الاتصالات في المراحل الأولية لشراكة البحث بمثابة أساس متين للعلاقة المبنية على الاحترام ، وهذا الاحترام يمكن أن يزيد أو يحسن من الاتفاق الأخلاقى بالتغلب على ما قد يبدو في حالات كثيرة على أنه علاقات قوى غير متكافئة أو غير متساوية ، وهذه التبادلية أو الصراحة والمشاركة الثنائية في عملية البحوث تعتبر هامة جداً من أجل استمرار البحوث والمحافظة على ثقة الجمهور ، ومن الواضح أن هذا الاتفاق الأخلاقى يتطلب أكثر من موافقة واحدة يتم التوقيع عليها ، وتبدأ الشراكة في البحث الملتزمة باتفاق أخلاقى مع الإجراءات الأولية للموافقة ، وتستمر خلال مدة برنامج البحث وتنتهي باستجواب ينم عن التفكير العميق وفحص مشترك ونهائى للعملية بأكملها ، وينبغي على الباحث والمشتركين في البحث أن يقوموا بهذه العملية بسرور وبطريقة تبادلية ، وبالتالي فعند إجراء البحث ينبغى على الباحثين ألا يهدفوا فقط إلى موافقة هيئة المراجعة المؤسسية IRB ولكن يهدفون إلى المعايير العليا الخاصة بالقضايا المتعلقة بالخاضعين

للدراسة من البشر التي تنظر إلى جميع التفرعـات أو التـشعبات الممكنـة لمشروع للبحث المتجسدة في المبادئ الأخلاقية والمبنية على جهود منتظمـة من أجل زيادة الثقة في العلاقة بين الباحث والمشارك .

وعلى الرغم من أن الباحثين لا يمكنهم أن يتوقعوا بالكامل كل احتمال أو أمر محتمل الوقوع يمكن أن ينشأ خلال مسار البحث ، فإذا فهم الباحـث الطبيعة الأساسية للاتفاق الأخلاقي فباستطاعته أن يقـوم بعمـل مواءمـات مناسبة عند نقاط هامة جداً في الدراسة مما يضمن أن ثقـة العـائلات فـي البحوث وفي الباحث تزداد خلال مسار تعاونهم المتبادل ، وعلى الرغم مـن أن الطرق المنظمة لتناول أو معالجة هذه القضايا أو الموضوعات قـد تـم تطويرها على سبيل المثال سلامة البيانات ومراقبة اللوائح ، والمراجعـات المستمرة للآثار الجانبية ونتائج العلاج خلال مسار التجارب الكلينيكية إلا أن هذه الميكانيزمات الرسمية لا يمكن أن تحل محـل قلـق البـاحثين علـى المشتركين في بحوثهم أو المشتركين معهم في البحوث وحمايتهم أو ضـمان سلامتهم .

والخلاصة : (التوصيات المستقبلية)

على الرغم من أنه ينبغي على العلم أن يفيد المـواطنين الـذين فـي المجتمع بأسره ، فإنه في أحيان كثيرة جداً يشكو البـاحثون مـن أن نتـائج بحوثهم لا يتم دمجها أو إدخالها في المعرفة المتاحة ويشكون أيضاً مـن أن نتائجهم لا تغير من معايير الممارسة ، وعند إلقاء المزيـد مـن النظـر أو الفحص لهذا الاعتبار لا ينبغى علينا أن نندهش فأهداف البحوث تكون فـي أغلب الأحيان مختلفة جداً عن أهداف سياسة مخططى البرنامج أو المخاوف الشخصية المتزايدة للوالدين والعائلات الذين يتعاملون مع النتـائج الوشـيكة لعضو يعانى من اضطراب شديد ، ولمعالجة هذه النتائج فإن أفراد المجتمـع

الذين يتضمنهم البحث ويهدف إلى إفادتهم أو تحقيق المصلحة لهم يجب أن يكونوا جزءاً من مصطلحات البحث وعينة البحث وإجراءات البحث ، ويربط هذا المنظور بدرجة وثيقة جداً باهتمامات العلماء والمشتركين في البحوث والمجتمع الأكبر ويعتبر ذلك قضية أخلاقية بكل ما تحمله الكلمة من معاني ، وهذه الطريقة تقدم وسيلة شاملة بدرجة أكبر لتقوية التعاون بين العلماء وبين المشتركين في البحوث .

ونظراً للمخاوف حول الصعوبات التي تتعلق بفهم الأطفال الأصغر سناً لإجراءات البحث يجب على الباحثين أن يوجهوا انتباهاً أكبر لهؤلاء الأطفال بخصوص اشتراكهم في البحوث ، وتنطوي مثل هذه المشاركة على انتباهاً خلاقاً ومستمراً لعملية الحصول على الموافقة عن علم والاستمرار فيها ، و ينبغي على الباحثين في مجال البحوث العلاجية أن يضعوا في اعتبارهم استخدام تصميمات حساسة من الناحية التنموية ، ونظراً لطبيعة نمو الأطفال وحاجاتهم أو احتياجاتهم عبر الوقت ، وعبر مواقع وسياقات متعددة فإن الطفل الذي لديه اضطراب مرضى نفسي قد يبرر وجود طرق علاجية شاملة بدرجة أكبر من مجرد ما يمكن أن تقدمه التصميمات التي تتضمن وجود مجموعات ضابطة تتلقى علاجاً وهمياً ، والدراسات التي تتضمن استراتيجيات العلاج الشامل من المحتمل أن تكون مقبولة بدرجة أكبر للعائلات ولأن تقدم أساساً أفضل للثقة والالتزام المشترك ، وتقدم نتائج مقبولة وقابلة للتعميم لإبلاغ أو إطلاع السياسة العامة والممارسات الصحية .

وتفرض البحوث التي تجرى على الأطفال تحديات خاصة في مجالات أو جوانب التوازن بين المخاطرة والفوائد والمحافظة على السرية وضمان الموافقة من جانب الطفل والحصول على الموافقة الوالدية ، وبسبب هذه التحديات يمكن أن يعترى الأطفال مخاطرة أن يصبحوا " من رواد الملاجئ

الذين يتم علاجهم " أي أنهم يحرمون من فوائد البحوث الطبيـــة كفئـــة مـــن المواطنين ، وكنتيجة لذلك فإن ٨٠% من جميع الأدوية الطبيـــة المـــسموح بتسويقها في الولايات المتحدة الأمريكية لم يتم اختبارها للسلامة والكفاءة عند الأطفال (جينسين وآخرون Jensen et al. ، ١٩٩٤) .

وفي كثير من الحالات فإن الاستراتيجيات الجديدة والترتيبات الخاصة يمكن أن يتم عملها لتمكين عمل البحوث الملائمة للأطفال ، والتقدم الأساسي أو الحقيقي سيكون ممكناً عن طريق زيادة الحوار والتحالفات الأكثر فعاليـــة أو كفاءة بين العائلات والباحثين وصانعي السياسات والجمهور العام .

الفصل الحادي عشر

الفصل الحادي عشر

تدريب الآباء الذين لديهم أطفال صغار يعانون من مشكلات سلوكية

مقدمة :

يتناول هذا الفصل عرض لبرنامج تدريبي شامل يعتمد على شرائط الفيديو ، وهذا البرنامج أثبت فاعلية أو كفاءة في علاج الأطفال الصغار الذين تم تحويلهم للعلاج من المشكلات السلوكية ، وتم تصميم البرنامج لتحقيق مجموعة من الأهداف تتمثل في تقوية أو تدعيم أسلوب الوالدين في تأديب أو تهذيب الأبناء بحيث يبتعدون عن العنف ، وزيادة شبكات المساندة الاجتماعية وتحسين الكفاءة الاجتماعية وتقليل المشكلات السلوكية لدى الطفل ، ويستهدف البرنامج الوالدين الذين لديهم أطفال صغار تتراوح أعمارهم الزمنية من ٣ – ٨ سنوات ، وهناك العديد من الأسباب لاستهداف هذه المجموعة السنية منها :

أولاً : أن نتائج العديد من الدراسات الوبائية أوضحت أن المشكلات السلوكية بين الأطفال في سن ما قبل المدرسة تكون شائعة بدرجة كبيرة ، ومن الدراسات الأولى التي تناولت موضوع انتشار المشكلات السلوكية لدى الأطفال الصغار تلك التي قام بها ريتشمان وجراهام Richman & Graham (١٩٧١) والتي أوضحت نتائجها أن ١٥% من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم الزمنية من ٣ – ٤ سنوات لديهم مشكلات سلوكية متوسطة ، وأن ٧% لديهم مشكلات سلوكية تتراوح من متوسطة أو معتدلة إلى حادة ، كما توصل إيرلز Earls (١٩٨٠) إلى وجود مشكلات سلوكية ذات دلالة بين ٢٤% من الأطفال في سن ما قبل المدرسة ، وفي دراسة أخرى أجريت على آباء الأطفال الذين تراوحت أعمارهم من ٦ أسابيع إلى ٥ سنوات وجد كامبل Campbell (١٩٩٥)

أن الانشغال من جانب الآباء بلغ ذروته عندما كانت أعمار هؤلاء الأطفال تتراوح من ٣ – ٤ سنوات ، وكانت الشكوى الرئيسية تتضمن وجود صعوبات في ضبط السلوك ، وفي التأديب ، كما وجد كازدين Kazdin (١٩٨٥) أن نسبة عالية من آباء الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من ٢ – ٤ سنوات يذكرون المزيد من المشكلات العامة المتعلقة بعدم الامتثال ، وضبط الذات ، والعلاقات الرديئة أو السيئة مع الأشقاء والشقيقات ومع الرفاق ، كما توصل ريتشمان وآخرون .Richman et al (١٩٨٢) إلى أن ١٣% من الأطفال تم وصفهم من جانب أمهاتهم على أن لديهم نشاط زائد عن الحد وأن ١١% يصعب السيطرة عليهم ، وأن ١٠% ضعيفي الانتباه ، وفي دراسة واسعة النطاق اشتملت على اختبارات تصفية للأطفال الذين يحضرون في دور الرعاية النهارية الذين تتراوح أعمارهم من ٢ – ٤ سنوات بمنطقة فيرمونت Vermont وجد كروثر وآخرون .Crowther et al (١٩٨١) أن نسبة لا تقل عن ٢٠% من الأطفال أظهروا تكرارات متزايدة للسلوكيات العدوانية والمشينة ، وأن الأشكال الأكثر حدة من السلوك تحدث بين الأطفال في سن ما قبل المدرسة .

وفي دراسة وبستر – ستراتون وهانكوك Webster - Stratton & Hancock (١٩٩٨) والتي أجريت على ٥٠٠ أم من الأمهات المحدودات الدخل واللاتي لديهن أطفال تصل أعمارهم إلى أربع سنوات ، وجد أن ٤٣,٦% من الأمهات نظرن إلى أطفالهن على أنهم في المدى الكلينيكي (فوق الدرجة المعيارية الفاصلة) وذلك بالنسبة للمشكلات السلوكية في قائمة آيبرج لسلوك الطفل Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) وأن ٢٥% كانوا في المدى الحاد أو الشديد ، علاوة على ذلك فإن الملاحظات المنزلية المستقلة للتفاعلات بين الأم والطفل أوضحت أن متوسط

معدل سلوكيات الطفل العدوانية المتسمة بعدم الامتثـــال أثنـــاء الملاحظـــات المنزلية كان ١٥,٢% لكل نصف ساعة بمعنى وجود سلوك واحد كل دقيقتين وهذه المعدلات وجد أنها أعلى مما ذكر من قبل لدى أطفال ما قبل المدرسة مما يوحى بأن الفقر يضع الأطفال في مخاطرة أعلى بالنسبة للبداية المبكرة لحدوث المشكلات السلوكية .

وثانياً : أن استهداف الأطفال الصغار الذين يصعب السيطرة عليهم أو على سلوكياتهم والذين تتراوح أعمارهم من ٣ – ٨ سنوات يرجـــع إلـــى أن هؤلاء الأطفال العدوانيين يكونون في مخاطرة عالية لحدوث النبـــذ مـــن جانب للرفاق والإساءة من جانب والديهم بالإضافة إلـــى التـــسرب مـــن المدرسة ، وحدوث الاكتئاب ، وانحراف الأحداث ، والشخصية المعاديـــة للمجتمع ، والمشكلات البينشخصية ، والصحة البدنية السيئة ، والأنـــشطة الإجرامية في حياتهم اللاحقة (كازدين Kazdin ، ١٩٨٥) .

وأوضحت نتائج عديد من الدراسات وجود استمرارية عالية للمشكلات التي تـــدل علـــى المعارضـــة ، والمـــشكلات الخارجيـــة Externalizing Problems وذلك في السنوات الأولى قبل سن دخـــول المدرســـة ، وكـــذلك المشكلات السلوكية في مرحلة المراهقة (فيشر وآخـــرون Fisher et al. ، ١٩٨٤ ؛ روس وآخـــرون Rose et al. ، ١٩٨٩ ؛ إيجلانـــد وآخـــرون Egeland et al. ، ١٩٩٠) ، والمراجعة التي قام بهـــا كامبـــل Campbell (١٩٩١) لسلسة من الدراسات الطولية على الأطفال في ســـن مـــا قبـــل المدرسة الذين يصعب السيطرة على سلوكهم كشفت عن تلافـــي أو تقـــارب مدهش للنتائج ، حيث أوضحت النتائج وجود نسبة تصل إلـــى ٥٠% مـــن الأطفال في سن ما قبل المدرسة لديها مشكلات خارجية تتدرج من متوسطة إلى حادة ، واستمروا في إظهار درجة ما من الاضطراب في ســـن دخـــول

المدرسة وكانت نسبة الأولاد أعلى من نسبة البنات ، ومن بين الأطفال الذين لديهم مشكلات سلوكية مستمرة وجد أن ٦٧% منهم انطبق عليهم المعايير التشخيصية لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) واضطراب المسلك Conduct Disorder (CD) ، واضطراب العناد والتحدي Oppositional Defiant Disorder (ODD) قبل سن التاسعة .

ويرى أصحاب النظريات النمائية Developmental Theories أن هناك مساران يتعلقان بالنمو ، ولهم علاقة باضطراب المسلك هما مسار البداية المبكرة The Early Starter مقابل مسار البداية المتأخرة Late The Starter والمسار المفترض للبداية المبكرة يبدأ رسمياً مع ظهور مشكلات عدم الامتثال والضرب والصراخ وذلك بنسب عالية في فترة ما قبل دخول المدرسة وتستمر هذه المشكلات لتصبح مشكلات عدوانية (على سبيل المثال القتال أو المشاجرة) ومشكلات غير عدوانية (على سبيل المثال الكذب والسرقة) وتلك أعراض لاضطراب المسلك في مرحلة الطفولة المتوسطة ، ثم تتطور لتصبح من أخطر الأعراض المرضية وذلك في مرحلة المراهقة (أوريلى O'Reilly ، ٢٠٠٥) ، حيث تتضمن العنف البينشخصي ، والتعدي على الممتلكات بالإضافة إلى انتشار الأماكن التي تحدث فيها المشكلات السلوكية كالبيت والمدرسة وأخيراً تشمل الحي أو المجتمع بأسره .

وبالنسبة للمراهق ذو البداية المتأخرة للاضطراب فإن حدوث اضطراب المسلك وتطوره يبدو إيجابياً أو مرضياً بدرجة أكبر مما في حالة المراهقين الذين لديهم تاريخ مزمن يفيد بوجود اضطراب المسلك منذ السنوات الأولى للعمر أي في مرحلة ما قبل دخول المدرسة (وبستر -

ستراتون وريد Webster-Stratton & Reid ، ٢٠٠٣ب) ، والأطفال الذين يعانون من اضطرابات سلوكية مبكرة يفسرون حدوث الأعمال المنحرفة لدى نسبة كبيرة من المراهقين ، ومن ثم يمكن القول بأن اضطراب المسلك ذو البداية المبكرة يُعد مؤشراً لحدوث اضطراب المسلك فيما بعد ، وعلى الرغم من أن عدد كبير من الأطفال يصبحون منحرفين بدرجة مزمنة نظراً لأنهم كانوا يظهرون أعراضاً عدوانية خلال مرحلة ما قبل المدرسة والسنوات الأولى في المدرسة فمن المدهش أنه لا توجد دراسات عن التصفية المبكرة والوقاية أو التدخل العلاجي تستهدف هذه المجموعة العمرية ؛ لذلك فإن التدخل العلاجي لهذه الشريحة العمرية يعتبر أمراً مهماً ، وتفيد التدخلات العلاجية للوالدين الذين لديهم أطفال في عمر ما قبل المدرسة وفي السنوات الأولى للمدرسة في تعليم أطفالهم أن يتصرفوا بطريقة مناسبة قبل أن تؤدى السلوكيات العدوانية إلى النبذ من جانب الرفاق وقبل أن يوصف هؤلاء الأطفال بالسمعة السيئة وقبل حدوث المشكلات الدراسية .

وتشير البيانات أن هناك نسبة لا تقل عن ١٠% من الأطفال الصغار الذين لديهم مشكلات سلوكية يحتاجون إلى خدمات الصحة النفسية (أوريلى O'Reilly ، ٢٠٠٥)

برنامج تدريب الوالدين : Parent Training Program

تعتمد الخلفية النظرية لبرنامج تدريب الوالدين على دراسات باترسون Patterson (١٩٨٢ ؛ ١٩٨٦) الخاصة بتطور السلوك المضطرب فنموذجه للتعلم الاجتماعي يؤكد على أهمية عمليات التنشئة الاجتماعية الأسرية في افتراضه المتعلق بالإكراه أو الإجبار Coercion Hypothesis ، فالتعزيز السلبي يلعب دوراً مهماً في استمرار السلوكيات المنحرفة للطفل والسلوكيات النقدية أو القهرية من جانب الوالدين ، وعندما تستمر هذه العملية

القهرية أو القسرية عبر المواقف فإن معدل وشدة السلوكيات العدوانية للوالدين والطفل تتصاعد ، وأن الاستخدام المتكرر لأسلوب التأديب السلبي يتيح الفرصة للطفل لمزيد من عمل النماذج المتعلقة بالعدوان وهذا ما يطلق عليه التعلم بالملاحظة وتوحي هذه النتائج أن المهارات الوالدية التي تتسم بالغلظة وعدم الاتساق تكون مسئولة إلى حد كبير عن حدوث المشكلات السلوكية ، وأوضحت نتائج عديد من الدراسات أن تدريب الوالدين على المهارات الوالدية المشجعة التي لا تعتمد على القهر أو الغلظة عندما يكون الأطفال صغاراً يغير من السير الردئ والطويل الأجل لهذا الاضطراب بالنسبة للأطفال .

ملخص البرنامج :

يعتمد برنامج تدريب الوالدين على تطوير وتقييم عمل النماذج باستخدام شرائط الفيديو للأسر التي بها أطفال يعانون من مشكلات سلوكية ممن تتراوح أعمارهم من ثلاث إلى ثمان سنوات ، والبرنامج الأساسي BASIC الذي يستغرق ١٢ أسبوعاً والمتضمن ١٠ شرائط فيديو وأكثر من ٢٥ صورة وصفية موجزة يتم توجيهه بدرجة كبيرة للوالدين ، ويركز هذا البرنامج على تعليم الوالدين مهارات اللعب التفاعلي ، ومهارات التعزيز بالإضافة إلى مجموعة نوعية للأساليب المتعلقة بالتأديب الذي لا يلجأ إلى العنف والتي تتضمن التايم أوت Time Out أو الحرمان المؤقت* من

---

* أسلوب علاجي يتم من خلاله إبعاد الطفل في مكان أقل تدعيماً بهدف إيقافه عن الاستمرار في أي سلوك غير ملائم ، وعادة ما يستغرق هذا الإبعاد فترة تتراوح من دقيقتين إلى عشر دقائق حسب عمر الطفل ، ويترك للطفل بمفرده خلال تلك الفترة دون اهتمام من أحد ، ويجب أن يكون المكان الذي يعزل فيه الطفل خالياً من أي شيء يتعامل معه الطفل حتى لا تصبح هذه الأشياء معززاً لتكرار السلوك غير المرغوب .

الأنشطة الترفيهية ، والتجاهل ، واستراتيجيات حل المشكلات ، وفي مرحلة تالية تم تطوير جزء تكميلي للبرنامج الأساسي BASIC وأطلق عليه البرنامج المتقدم ADVANCE والذي تناول عوامل أخرى للمخاطرة الأسرية مثل الاكتئاب ، والكرب الزواجي ، والمهارات الرديئة في التصرف وفقدان المساندة أو التأييد ، وبعد ذلك تم مراجعة شرائط الفيديو المستخدمة في التدريب لجعل البرنامج أكثر حساسية للنواحي الثقافية ، كما تم تطوير برنامج جديد لتشجيع ومساندة الطفل على التعلم بتناول عوامل المخاطرة المرتبطة بنقص الاستعداد الأكاديمي أو الدراسي ، والارتباط الضعيف بين البيت والمدرسة .

وفي سلسلة من الدراسات التي قامت بها ويبستر – ستراتون Webster -Stratton (١٩٨٩ ؛ ١٩٩٠ ؛ ١٩٩٤) التي تضمنت ما يزيد على ٦٠٠ طفلاً ممن تم تحويلهم للعلاج من مشكلات المسلك ، وتتراوح أعمارهم الزمنية بين ٣ – ٧ سنوات ، أتضح أن البرنامج الأساسي BASIC كان فعالاً إلى حد كبير في تحسين الاتجاهات الوالدية والتفاعلات بين الوالدين والطفل وتقليل المشكلات السلوكية بالإضافة إلى التقليل بدرجة دالة من استخدام الوالدين لأشكال التأديب التي تتسم بالعنف ، أما البرنامج المتقدم ADVANCE أتضح أنه فعال جداً في تحسين استخدام الوالدين لمهارات حل المشكلات ، ومهارات الاتصال ، كما كان فعالاً أيضاً في خفض الاكتئاب الزواجي وتنمية المهارات الاجتماعية ومهارات حل المشكلات لدى الأطفال وأسفر البرنامجان عن انخفاض معدلات التسرب المدرسي بصرف النظر عن الحالة الاجتماعية الاقتصادية للأسرة ، واستمرت هذه النتائج أربع سنوات بعد التدخل العلاجي .

كما قامت ويبستر – ستراتون Webster - Stratton (١٩٩٥)

بدراسة مدى فاعلية استخدام نسخة مختصرة من البرنامج الأساسي BASIC كتدخل علاجي اختياري للوقاية في دراسة اشتملت على ١٥٠٠ أسرة ، وأظهرت النتائج أن الأمهات اللاتي حضرن برنامج التدخل العلاجي الخاص بالوالدين استخدموا عدداً أقل من العبارات الانتقادية وذلك بدرجة دلالة ، ولجأن إلى استخدمن أقل لأسلوب التأديب السلبي من الناحية الجسمية (العقاب البدني) ، واستخدمن أسلوب أكثر إيجابية بخصوص التأديب وذلك عند مقارنتهن بالأمهات في المجموعة الضابطة ، كما أن الأمهات اللاتي تلقين العلاج نظرن إلى العاملين في مجال الخدمة الأسرية على أنهم مشجعين إلى حد كبير عما في حالة الأمهات اللاتي في المجموعة الضابطة ، وعلاوة على ذلك ذكر المعلمون أن الأمهات اللاتي حضرن برنامج الوالدين كانوا أكثر اشتراكاً في تعليم أطفالهن ، وذلك بدرجة أكبر مما في حالة الأمهات في المجموعة الضابطة ، وعلى نفس المنوال فإن الأطفال الذين تم تدريب والديهم لوحظ أنهم يظهرون عدداً أقل للسلوكيات السلبية في البيت ، وعدداً أقل للسلوكيات التي تتسم بعدم الامتثال ، والمزيد من السلوكيات الاجتماعية وذلك بدرجة أكبر من الأطفال الذين كان والديهم من أفراد المجموعة الضابطة ، وهذه النتائج تؤكد الافتراض بأن تقوية الكفاءة الوالدية وزيادة اشتراك الوالدين في الأنشطة التي يقوم بها الأطفال (الأنشطة المدرسية) تعد إستراتيجية مفيدة لتقليل المشكلات السلوكية .

محتوى البرنامج الأساسي للوالدين :

يتضمن البرنامج الأساسي مجموعة من المهارات منها :

١- مهارات اللعب :

يبدأ التدريب بالتركيز على أهمية اللعب ، ثم يناقش المعالجون مع الوالدين طرق اللعب الفعالة مع الأطفال ، والحقيقة المؤسفة هي أن الغالبية

العظمى من أهل الأطفال الذين لديهم مشكلات سلوكية لا يريدون أن يلعبوا مع أطفالهم ، وتكون تفاعلاتهم مع أطفالهم مسببة للإنعصاب بدرجة كبيرة جداً ، وفي الحقيقة فإن كلا الجانبين يقع عليه اللوم فالآباء يشعرون بالسلبية نحو أطفالهم وذلك بسبب الغضب والإحباط الذي يتعلق بسوء السلوك لدى أطفالهم ، والأطفال أيضاً يكونون سلبيين مع والديهم ؛ ولذا فإن الخطوة الأولى لكسر هذه الحلقة السلبية للسلوكيات تتمثل في بث المشاعر الإيجابية داخل هذه العلاقة وذلك من خلال اللعب ، ويساعد اللعب اليومي والمعتاد من الوالد أو الوالدين والطفل على بناء علاقات حميمة أو دافئة بين أفراد الأسرة الأمر الذي يترتب عليه إيجاد بنك للمشاعر الموجبة والتجارب الجيدة التي يمكن الاستناد إليها في أوقات الصراع أو النزاع ، ويكون ذلك مهماً على نحو خاص بالنسبة لأهل الأطفال الذين لديهم مشكلات سلوكية والذين يشعرون بالاستياء والغضب أو العجز وقلة الحيلة بشأن علاقاتهم مع أطفالهم ويساعد اللعب على شعور الأطفال بالحب العميق من جانب والديهم ، ومن ثم يسهم ذلك في تقوية قاعدة أمان للنمو النفسي المستمر ، ويسهم في تقوية وتحسين مشاعر الوالدين بالحب والتعلق بأطفالهم .

كما أن تعليم الوالدين كيف يقضون وقتاً جيداً في اللعب مع أطفالهم يساعد على زيادة الدفء بين الوالدين والطفل ، كما يفيد أيضاً في مساعدة الأطفال على أن يتعلموا بعض المهارات المهمة الأخرى مثل المفردات التي يحتاجونها للتخاطب والتعبير عن أفكارهم ومشاعرهم ، كما يساعد أيضاً على تعليم الأطفال المهارات الاجتماعية الخاصة بالانتظار حتى يحين دورهم في اللعب ، وزيادة قدرتهم على فهم المشاعر ووجهات النظر الخاصة بالآخرين ، ويستطيع الأهل من خلال اللعب مساعدة الأطفال على أن يتعلموا أساليب حل المشكلات ، وعلاوة على ذلك فإن اللعب هو وقت يستطيع فيه

الأهل أن يتجاوبوا مع أطفالهم بطرق من شأنها أن ترتقي بمشاعر الأطفال الخاصة بقيمة الذات ، ومشاعر الكفاءة ، وأوضحت نتائج عديد من الدراسات أن الأطفال تزيد ثقتهم بأنفسهم في التعامل مع مشكلاتهم السلوكية ، وتزيد قدرتهم على الإبداع في حالة اشتراك والديهم معهم في أوقات اللعب .

وفي الجلسات الثلاثة الأولى من البرنامج الأساسي والتي تكون مدة الجلسة فيها ساعتين يشاهد الوالدان ويناقشان أكثر من صورة وصفية موجزة على شريط فيديو للوالدين والأطفال وهم يلعبون معاً بطرق ملائمة وبطرق غير ملائمة ، ويطلب من الوالدين أن يلعبوا مع أطفالهم في البيت لمدة ١٠ دقائق على الأقل كل يوم ، ويستخدمون للمهارات التي تعلموها في الجلسات الجماعية الأسبوعية ، ويناقش المعالجون الأخطاء الأكثر شيوعاً التي يواجهها الوالدان عند اللعب مع أطفالهم .

النقاط التي يجب أن يتذكرها الآباء عند اللعب مع الأطفال :

- اتبع مسار أو خطة الطفل (أو كن تابعاً له) .
- اجعل تفكيرك في مستوى تفكير الطفل .
- اشترك في لعب الأدوار وتظاهر بأنك طفل .
- المدح والثناء وتشجيع أفكار وإبداعات الطفل .
- استخدم التعليقات الوصفية بدلاً من إلقاء الأسئلة .
- كن متفرجاً منتبهاً ومقدراً لما يقوم به الطفل .
- حد من الرغبة في إعطاء المزيد من المساندة ، وشجع الطفل على حل المشكلات .
- أعط الطفل الوقت المناسب لكي يفكر ويكتشف .
- تجنب المزيد من المناقشة مع الطفل .

- تجنب النقد .
- كافئ أو عزز اللعب الهادئ بالانتباه والاهتمام .
- اضحك واستمتع .

٢- المدح :

يجد الوالدان الذين لديهم أطفال يعانون من مشكلات سلوكية أنه من الصعب امتداح أطفالهم ، وربما يرجع ذلك إلى أن الأطفال ينبغي عليهم أن يتصرفوا أو يسلكوا بطريقة لائقة بدون التعزيز من جانب الكبار ، وأن المدح Praise يجب الاحتفاظ به للسلوك الجيد بدرجة كبيرة أو الأداء البارز ؛ ولذا فإن الكثير من الآباء لا يفكرون أبداً في مدح أطفالهم نتيجة اللعب بهدوء أو نتيجة أداء واجباتهم بدون تذمر أو شكوى ، وعلى الرغم من أن بعض الآباء يعتقدون أنه لا ينبغي عليهم أن يمتدحوا أطفالهم نتيجة للسلوكيات اليومية التي يقوم بها كثير من الأطفال نجد أن كثيراً من الآباء لا يعرفون ببساطة كيف ومتى يقدمون المدح والتشجيع ، وقد يكون الوالدين أنفسهم قد تلقوا القليل من المدح من والديهم عندما كانوا صغاراً ، وغير معتادين على سماع المدح أو تبدو كلمات المدح صعبة أو اصطناعية أو ربما يعانون من الضغط النفسي الشديد بسبب السلوكيات السيئة للأطفال لدرجة أنهم لا يستطيعون رؤية أي سلوك يستحق المدح حتى عندما يحدث هذا السلوك بالفعل ، ونتيجة لذلك يجب على المعالج النفسي أن يعلم الوالدين امتداح السلوكيات التي يرغب في تحسينها ، وفيما يلي مجموعة من النقاط التي يجب على الوالدين تذكرها بشأن امتداح الطفل :

- لا تقلق بشأن تدليل الأطفال بالمدح .
- لاحظ طفلك عندما يكون سلوكه جيداً ، وفي هذه الأثناء قدم له المدح فوراً ولا تؤجله .

- اجعل المدح يقوم على السلوك الإيجابي .
- أعط مدحاً محدداً .
- امتدح بابتسامة وبالنظر بالعين وبالحواس .
- ألمس الطفل بيدك وأربت على كتفيه (طب طب عليه) ، وأحضنه ، وقبله (أعطيه قبلة) ولا تنس المدح اللفظي .
- امتدح الطفل أمام الآخرين .
- امتدح الطفل من قلبك بدون مبالغة أو تهوين أو سخرية .
- قم بزيادة المدح بالنسبة للأطفال الذين يصعب التعامل معهم .

وأحياناً يذكر الآباء أن طفلهم يعتبر منحرفاً جداً لدرجة أنهم لا يرون أي سلوكيات يقوم بها الطفل تستحق المدح ؛ لذلك فإن مشاهدة شرائط الفيديو التي توضح طريقة التفاعل بين الوالدين والطفل تساعد هؤلاء الآباء على أن يتعرفوا على السلوكيات الموجبة التي يجب تعزيزها .

٣- الحوافز :

يُعد المدح من جانب الوالدين غير كافياً بالنسبة للأطفال الذين يعانون من اضطراب العناد والتحدي للتصرف حيال مشكلة سلوكية صعبة ، وفي هذه الحالة يمكن استخدام الحوافز والمكافآت المادية من جانب الوالدين للمساعدة في تشجيع وتحفيز الطفل ، وتشمل الحوافز والمكافآت الأشياء التي يستمتع بها الطفل على نحو خاص مثل المعاملة المتميزة ، والمزايا الإضافية ، وممارسة نشاط مفضل ، والسماح بالخروج مع صديق ، أو مشاهدة فيلم سينمائي .

ومن استراتيجيات استخدام الحوافز ما يلي :

- أن يفاجئ الوالدين الطفل بمكافأة عندما يتصرف أو يسلك بطريقة مرغوب

فيها مثل الجلوس هادئاً في السيارة مثلاً ، وتنجح هذه الطريقة إذا أظهر الطفل سلوكيات ملائمة بطريقة منتظمة إلى حد ما ، وأراد الوالدان أن يزيدا من تكرار هذه السلوكيات .

- أن يخطط الوالدين لمكافأة الطفل مقدماً (أي يوضحون ذلك للطفل مقدماً) كما في حالة التعاقد السلوكي ، ويتم التوصية باستخدام هذه الطريقة عندما يريد الوالدان أن يزيدا من سلوك غير متكرر ، فمثلاً قد يشترى الوالدان جدول به ستيكرز Stickers ويخبران الطفل بأنه سيأخذ ستيكر Sticker كل نصف ساعة يلعب فيها مع طفل آخر بطريقة تعاونية ، كما يمكن للأم أن تناقش معهما مثلاً فكرة تقديم مكافأة يرغبان فيها مثل دعوة صديق لهما لقضاء وقت معهما أو الذهاب إلى الحديقة مع الوالد واختيار الوجبة التي يفضلونها أو طعامهم المفضل عند الذهاب للتسوق من السوبر ماركت ، أو الذهاب إلى السينما ، ومن المستحسن جعل قائمة المكافآت طويلة أو كبيرة إلى حد ما بحيث تتضمن المكافآت المادية وغير المادية ، وأشياء رخيصة وأشياء غالية بحيث تصبح متنوعة ، ويمكن تغيير هذه القائمة بمرور الوقت عندما يقترح الأطفال أشياء جديدة ، والأطفال في سن ما قبل المدرسة (الذين تتراوح أعمارهم من ٣ – ٥ سنوات) تتم مكافأتهم بالاستيكرز بدون الحاجة إلى تعزيزات للمساندة ، بينما الأطفال في سن ٦ سنوات يمكنهم أن يستبدلوا الاستيكرز بشئ آخر كل يوم إذا رغبوا في ذلك ، والأطفال في سن ٧ ، ٨ سنوات يمكنهم أن ينتظروا بضعة أيام قبل حصولهم على المكافأة ، وفيما يلي قائمة تتضمن مجموعة من المبادئ أو النقاط التي ينبغي على الوالدين استخدامها أو تذكرها عند البدء في برامج التحفيز .

- حدد السلوك المرغوب فيه بدرجة واضحة .

- اختر مكافآت فعالة (أي مكافآت سيجدها الطفل مشجعة بدرجة كافية) .
- حدد بوضوح السلوكيات التي ستمنح مكافآت .
- اجعل البرنامج مبسطاً وممتعاً .
- اجعل خطوات البرنامج بسيطة وسهلة .
- تابع الإنجاز وقدم المكافآت فوراً .
- تجنب خلط المكافآت بالعقاب .
- قم بطريقة تدريجية باستبدال المكافآت بالاستحسان الاجتماعي .
- راجع البرنامج عندما تتغير السلوكيات .
- لا تستخدم نفس المكافآت باستمرار حتى لا تفقد قيمتها وغيرها إلى الأحسن باستمرار .

ويتم إعطاء واجب منزلي للوالدين يتمثل في تحديد سلوك إيجابي أو سلوكيين إيجابيين جديدين ، وبعد ذلك يقومون بإعداد برنامج تحفيزي لطفلهم ، وعندما يعودون الأسبوع التالي يقدمون خططهم للمجموعة ، ويقوم المعالج وأهل الأطفال الآخرين بقضاء بعض الوقت في مراجعة البرنامج والأخطاء التي يمكن أن تحدث أثناء حل المشكلات ، وعادة يستغرق هذا الجزء من البرنامج من ست إلى سبع جلسات لتغطية موضوعات اللعب والمدح والمكافآت المادية أو الملموسة ، وهدف هذا الجزء من التدريب هو تقوية المزيد من العلاقات الموجبة بين الوالدين والأطفال ومساعدة الوالدين على تقوية وتحسين المزيد من السلوكيات الاجتماعية الملائمة لدى أطفالهم وفي هذا الجزء من البرنامج تتحسن عادة المشكلات السلوكية على الرغم من أنه لم يتم مناقشة موضوع التأديب أو الانضباط ، وعندما يتم الانتقال إلى المرحلة التالية من برنامج تدريب الوالدين يتم الإشارة إلى أو تذكير الوالدين بأسلوب اللعب والتعزيز الإيجابي وشرح أهمية بناء هذا الأساس الايجابي ،

والتركيز على الاستراتيجيات المصممة لخفض أو تقليل السلوكيات غير الملائمة .

٤- وضع الحدود :

يُعد وضع حدود واضحة لسلوك الطفل من أهم مجالات التأديب ، ومع ذلك يجب أن نذكر الوالدين بأن الأطفال يختبرون قواعد ومعايير الوالدين ، فالأطفال الصغار يصرخون أو تعتريهم نوبات مزاجية حادة عندما تؤخذ منهم لعبهم ، والأطفال في سن ما قبل المدرسة يحتجون عند منعهم عن أخذ شئ يريدونه ، ويُعد ذلك تعبيراً سلوكياً عن حاجة الطفل للاستقلال الذاتي ، وتوضح نتائج البحوث المختلفة التي أجريت في هذا الصدد أن الأطفال العاديين يفشلون في أن يمتثلوا لأوامر والديهم ثلث الوقت تقريباً ، والشيء الذي يجعل الطفل الذي لديه اضطراب المسلك أو اضطراب العناد والتحدي مختلفاً هو أنه طفل غير ممتثل أو غير مطيع معظم الوقت تقريباً ، وهذا يعنى أن والدي هؤلاء الأطفال يشتركون في صراع مع أطفالهم معظم الوقت مما يجعل من الصعب عليهم تنشئة هؤلاء الأطفال اجتماعياً بدرجة كافية .

ويتم تعليم الوالدين أن الأطفال يختبرون القواعد التي يضعها والديهم ويفعلون ذلك ليروا ما إذا كان والديهم يتفقون معهم أم لا ، لأنه عن طريق انتهاك القاعدة يمكن للأطفال أن يحددوا ما إذا كان ذلك في الحقيقة قاعدة أم مجرد أمر عابر ، والنتائج المتسقة فقط هي التي تعلم الطفل السلوك المتوقع منه ، فإذا كانت قواعد الوالدين غير متسقة يتعلم الأطفال أنهم بإمكانهم أن يجعلوا والديهم يرضخان لهم إذا احتجوا بدرجة شديدة أو لمدة طويلة ، ويساعد المعالج في تهيئة الوالدين لهذا السلوك ؛ حيث تتم مساعدتهم على فهم أن هذه الأشياء لا تعد هجوماً شخصياً عليهم بل لتعلم خبرات التعامل مع أطفالهم الذين يختبرون حدود بيئتهم ويتعلمون أي السلوكيات تكون ملائمة

وأي السلوكيات تكون غير ملائمة ، ويركز المعالجون على أن وضع الحدود المتسقة والاستجابات التي يمكن التنبؤ بها من الوالدين تساعد الأطفال على الشعور بالاستقرار والأمان ، كما يؤكد المعالجون للوالدين أن الأطفال الذين يشعرون بالأمن والاستقرار فيما يتعلق بحدود بيئتهم يكونون في حاجة أقل إلى أن يختبروا ذلك باستمرار ، وعلى الرغم من أن الظروف البيئية غير المواتية مثل التنافر بين الزوجين ، والفقر ، والبطالة ، والاكتئاب ، ونقص أو قلة المساندة تجعل من الصعب أن يكون الوالدين متوافقين ، ويؤدى تقوية إحساس الوالدين بالالتزام بتجديد الحدود إلى منع النتائج السيئة لهذه المنغصات .

وفيما يلي مجموعة من النقاط التي يجب تذكرها بشأن وضع الحدود :

- كن واقعياً في توقعاتك واستخدم الأوامر الملائمة لعمر الطفل .
- أعط أمراً واحداً كل مرة .
- استخدم الأوامر التي تحدد بوضوح السلوك المرغوب فيه .
- اجعل الأوامر قصيرة وفي صميم الموضوع .
- استخدم الأوامر التي تبدأ بكلمة افعل .
- اجعل الأوامر موجبة ومهذبة .
- أعط للأطفال خيارات بقدر الإمكان .
- أعط للأطفال فرصة سانحة لكي يمتثلوا .
- امتدح الامتثال ، وقدم النتائج أو العواقب في حالة عدم الامتثال .
- أعط تحذيرات مفيدة تساعد على التذكر .
- لا تستخدم كلمة " توقف عن " أو الأوامر التي تبدأ بكلمة " لا تفعل" .
- لا تعطى أوامر غير ضرورية .
- لا تهدد الأطفال .

- ساند أو أيد أوامر شريكك في الحياة .

٥- مهارات التجاهل :

يشترك الأطفال الصغار الذين لديهم مشكلات سلوكية في سلوكيات تثير الغضب مثل العواء أو النحيب والإغاظة والمجادلة والقسم أو الحلفان وذلك بمعدلات أعلى مما في حالة الأطفال العاديين ، وعلى الرغم من أن هذه السلوكيات غير الملائمة لا تسبب خطورة للآخرين إلا أنها بين الحين والآخر تؤدى إلى العزلة والنبذ من جانب الرفاق مما يؤدى إلى أن يصبح الطفل وحيداً ، ومع ذلك فهذه السلوكيات السيئة يمكن حذفها أو محوها والتخلص منها غالباً من خلال التجاهل المنتظم .

ويُعد التجاهل أصعب الطرق استخداماً لأن كثيراً من الوالدين يرون أن التجاهل ليس تأديباً على الإطلاق ، وبالتالي فمن المهم بدرجة خاصة للمعالج أن يشرح السبب أو المبرر العقلاني لاستخدام هذه الطريقة ، فالسلوك السيئ الذي يأتيه الأطفال يتم الاستمرار فيه من خلال الانتباه الذي يتلقاه الأطفال ، فحتى الانتباه السلبي من جانب الوالدين مثل التذمر أو الشكوى باستمرار والصراخ أو الاحتقار يمكن أن يكون مشجعاً للأطفال ، ولكن عندما يتم تجاهل سوء السلوك لا يتلقي الأطفال أي فائدة ، وبالتالي فإذا تم الاستمرار بطريقة متسقة في تجاهل السلوك فإن الأطفال سيتوقفون في النهاية عن أي سلوك سيء يفعلونه ، وعندما يتلقون الاستحسان أو القبول ، والانتباه ، والحوافز من أجل السلوكيات الملائمة فإنهم يتعلمون أنه من المفيد بدرجة أكبر أن يتصرفوا أو يسلكوا بطريقة ملائمة بدلاً من إتباع سلوكيات غير ملائمة .

وفيما يلي مجموعة من المبادئ الرئيسية أو النقاط التي يجب تذكرها

بخصوص التجاهل :

- قلل بقدر المستطاع من السلوكيات التي يتم تجاهلها .
- اختر سلوكيات معينة لتجاهلها ، وتأكد من أنك تستطيع أن تتجاهلها .
- تصرف دائماً بنفس الطريقة ولا تكن متقلباً .
- ابتعد عن التواجد مباشرة مع الطفل ، ولكن كن قريباً بقدر الإمكان .
- تجنب النظر إلى الطفل والمناقشة أو التناقش معه أثناء التجاهل .
- أعد الانتباه إلى الطفل بمجرد أن يتوقف عن سوء السلوك .
- كن مستعداً للاختبار .

٦- مهارات الحرمان المؤقت :

يُعد الحرمان المؤقت شكل من أشكال التجاهل من جانب الوالدين ، ويعنى عزل الأطفال لفترة قصيرة عن كل مصادر التعزيز الإيجابي ولاسيما الانتباه من جانب الوالدين ، ويقوم المعالج بتعليم الوالدين كيفية استخدام هذه المهارات مع المشكلات الشديدة مثل التشاجر أو القتال والضرب والسلوك المدمر ، ويؤكد الحرمان المؤقت على أن سوء السلوك أو السلوك المشين من جانب الطفل لا يتم تعزيزه بالانتباه من جانب الوالدين ، ويعتمد هذا الأسلوب على تقديم نماذج لاستخدام الوالدين لضبط الذات ، واستخدام الاستجابة التي لا تعتمد على العنف للمواقف التي يكون فيها نزاع ، ويعطى الحرمان المؤقت فرصة للطفل وللوالدين للهدوء والسيطرة على سوء السلوك ، والتأمل لما حدث مما يجعلهم يشعرون بالمسئولية ، ومما يجب الإشارة إليه أنه يجب على المعالج أن ينمى لدى الوالدين أن هذا الأسلوب هو طريقة للتأديب تنمى العلاقة الحميمة والمحترمة بين الوالدين والطفل وليس بالأحرى العلاقة المخيفة التي تعتمد على العنف من جانب الوالدين ، ويرى عدد كبير من الباحثين أن هذا الأسلوب يسهم في تنمية الحوار أو الاتصال بين الوالدين

والطفل بدلاً من تنمية السلوك الملتوي أو المنحرف أو المخادع الذي يقوم به الطفل الذي يريد أن يتجنب العقاب .

وفيما يلي مجموعة من النقاط أو المبادئ الرئيسية التي يجب تـذكرها بخصوص التايم أوت أو الحرمان المؤقت :

- راقب غضبك لكي تتجنب الانفجار المفاجئ .
- قم بإعطاء التحذيرات بهدوء وبطريقة محببة إلى نفسية الطفل .
- لا تهدد باستخدام هذا الأسلوب ما لم تكن مستعداً للقيام بذلك .
- حدد بعناية عدد السلوكيات التي يتم فيها استخدام هذا الأسلوب .
- استخدم هذا الأسلوب بطريقة متسقة لسلوكيات مختارة .
- كن هادئاً بقدر الإمكان عند استخدام هذا الأسلوب مع الطفل .
- حدد خمس دقائق كمدة للحرمان المؤقت مع ضرورة أن تكون صامتاً في آخر دقيقتين .
- تجاهل الطفل تماماً أثناء استخدام هذا الأسلوب .
- اجعل الأطفال مسئولين عن الفوضى التي يسببونها أثناء اسـتخدام هـذا الأسلوب .
- أيد استخدام شريكك في الحياة لهذا الأسلوب .
- لا تعتمد بدرجة مكثفة على هذا الأسلوب بل استخدم أساليب أخرى إلـى جانب هذا الأسلوب مثل التجاهل ..... إلخ .

ومما يجب الإشارة إليه أن الوالدين قد يترددوا إلى حـد كبيـر فـي استخدام هذا الأسلوب وذلك للعديد من الأسباب منها :

١- أن هذا الأسلوب يُعد غير ملائماً لأنه يتطلب العديـد مـن الإجـراءات المسبقة .

٢- أن هذا الأسلوب يُعد مضيعة للوقت .
٣- أن هذا الأسلوب يتطلب الضبط الذاتي من جانب الوالدين لفترة طويلة .
٤- أن هذا الأسلوب يمكن أن يسبب الإحباط للوالدين ؛ لأن سلوك الطفل من الممكن أن يزداد سوءً أثناء الحرمان المؤقت أو التايم أوت متمثلاً في الصراخ أو الخبط على الجدران أو المقاعد أو كسر وتحطيم الأشياء .
٥- أن بعض الآباء يقاوم أو يرفض استخدام هذا الأسلوب لاعتقادهم أنـــه لا يسفر عن تأنيب كافٍ للضمير ، ويدعم الشعور بالنبذ لدى الطفل .
٦- أن بعض الأطفال يحبون استخدام هذا الأسلوب .
٧- أن بعض الآباء يفضلون استخدام الضرب أو الصفع كإستراتيجية للتأديب والتهذيب باعتباره أسلوباً فعالاً ومباشراً قد يؤدى إلى التوقـف عــن السلوك غير الملائم على المدى القصير ، وقد يشعر بعــض الآبــاء بالارتياح لأن العقاب يسبب الألم للطفل بسبب سوء سلوكه ، إلى جانب أن استخدام العقاب كالصفع أو الضرب يعتبر مهماً لأنه يـسمح لهـم بالشعور بالسيطرة والاستمرار في السيطرة على الموقف .

وقد أوضحت نتائج البحوث التي أجريت في هذا الـصدد أن أسـلوب الضرب والنقد والتعبير عن عدم القبول أو عدم الاستحسان يُعد غير فعال في التأديب ، ويجعل الآباء عادة يلجأون إلى المزيد مــن الـصراخ والـضرب بطريقة لا يمكن التحكم فيها لكي يجعلوا أطفالهم يستجيبون لهـم ، كمـا أن التذمر والشكوى والانتقاد المستمر والضرب والصياح أو الصراخ ، وحتـى التجادل مع الأطفال أثناء إتيان السلوك غير المرغوب فيه يعد شـكلاً مــن أشكال الانتباه أو الاهتمام الوالدي الذي يؤدى في النهاية إلى تعزيــز ســوء السلوك أو السلوك غير المرغوب فيه ، وهذا يعنى أن إتباع الوالــدين لهـذه الطرق يجعل الأطفال يتعلمون التذمر والانتقاد والصراخ والشكوى استجابة

لسلوك والديهم ، فالضرب والصراخ مثلاً يُعلمان الأطفال أنه من المناسب لشخص يحبهم أن يضربهم أو يصيح فيهم عندما يكون هذا الشخص غير سعيداً ، وعلاوة على ذلك فإن الضرب يزيد من مقاومة الأطفال واستيائهم وغضبهم تجاه والديهم ، كما أنه يمحو أو يضعف العلاقة بين الوالدين والطفل ، ونتيجة لذلك فبدلاً من تأمل الطفل للخطأ الذي ارتكبه والشعور بالذنب وتأنيب الضمير بسبب هذا الخطأ فإن الطفل يبرر الحدث (أي يخترع تفسيراً يبرر به السلوك الذي ارتكبه وينسبه إلى عوامل خارجة عن ذاته) ويقوم بتوجيه اللوم والاستياء تجاه والديه لضربهم له .

ويجب على الوالدين أن يفهما أن الضرب قد يكون له الكثير من الفوائد على المدى القصير ، ولكن له مساوئ عدة على المدى الطويل بالنسبة للطفل ، ومن ناحية أخرى يعتبر الحرمان المؤقت غير ملائماً للوالدين على المدى القصير ، ولكن له العديد من الفوائد على المدى الطويل بالنسبة للطفل ، كما أنه يساعد الوالدين على أن يحولوا وجهة نظرهم من سوء السلوك الحالي لطفلهم إلى نموه المستقبلي ، ويُعد ذلك خطوة على درجة كبيرة من الأهمية لأنه يزيد من سلطة الوالدين في إحداث تغير إيجابي لمستقبل الطفل من خلال عملية التنشئة الاجتماعية لأطفالهم .

النتائج الطبيعية والمنطقية :

يقصد بالنتائج الطبيعية أو المنطقية كل ما ينتج عن أعمال الطفل في غياب تدخل الكبار ، فعلى سبيل المثال إذا نام الطفل ولم يركب أتوبيس المدرسة فالنتيجة الطبيعية هي أنه سيضطر إلى الذهاب إلى المدرسة مشياً على الأقدام ، وإذا رفض أن يرتدى معطفه سيصاب بالبرد ، وإذا رفض تناول طعام الإفطار أو أخذ سندوتشات معه إلى المدرسة سيشعر بالجوع الشديد ولا يستطيع فهم دروسه ، وفي هذه الأمثلة يجرب الأطفال النتائج

المباشرة لقراراتهم وتصرفاتهم ، وعلى الرغم من ذلك فإن التأكد من أمان وسلامة الطفل ينبغي أن تكون له أهمية أساسية ، فعلى سبيل المثال لا ينبغي أن يسمح للطفل أن يمشي إلى المدرسة إذا كان عمره صغيراً أو أن الحي الذي تقع فيه المدرسة غير آمناً ، أو أن يذهب إلى المدرسة بدون تناول طعام الإفطار أو أخذ سندوتشات معه .... إلخ .

وتفيد النتائج الطبيعية والمنطقية للسلوك في تعليم الأطفال تحمل مسئولية سلوكهم ، والنتيجة المنطقية يتم تصميمها بواسطة الوالدين اللذين يعتقدان أن أطفالهم مسئولين عن سلوكياتهم ، فالنتيجة الطبيعية أو المنطقية لطفل صغير قام بكسر زجاج النافذة ستكون أن يتم خصم جزء من مصروفه مثلاً لكي يعوض تكلفة استبدال أو تركيب زجاج النافذة الذي تم كسره ، والنتيجة المنطقية للسرقة تتمثل في إعادة الشيء المسروق إلى المتجر والاعتذار لصاحب المتجر ، وأن يفقد الطفل أو يخسر بعض المزايا .

وتعد النتائج الطبيعية أو المنطقية فعالة إلى حد كبير جداً للسلوكيات السيئة المتكررة ؛ حيث يكون الوالدان قادران على أن يقررا مسبقاً كيف سيتصرفون إذا تكرر من الطفل سوء السلوك ، فعلى سبيل المثال فالوالد الذي يقول لطفله إذا لم ترتدي ملابس المدرسة قبل الساعة الثامنة صباحاً ستضطر أن تذهب إلى المدرسة بالملابس التي ترتديها ، وهنا نجد أن الوالد يبلغ الطفل مسبقاً ماذا ستكون عليه النتيجة إذا استمر في هذا السلوك ، وعادة يكون لدى الطفل الاختيار ويكون مسئولاً عن النتيجة ، ومن ناحية أخرى فإن الوالد الذي لا يحدد النتيجة مقدماً لا يساعد الطفل على أن يدرك الارتباط بين السلوك وبين النتيجة السلبية .

وفيما يلي مجموعة من النقاط أو المبادئ الرئيسية التي يجب تذكرها

بخصوص النتائج الطبيعية أو المنطقية :

١- اجعل النتائج ملائمة للعمر الزمني للطفل .

٢- تأكد من أنك تستطيع أن تتابع النتيجة التي حددتها .

٣- أعط للطفل خيارات وحدد النتائج مقدماً .

٤- استخدم النتائج التي تكون قصيرة المدى وتؤدى الغرض أو الهدف .

٥- اجعل النتائج فورية .

٦- اجعل النتائج آمنة وغير عقابية أو تأديبية بقدر الإمكان .

محتوى البرنامج المتقدم لتدريب الوالدين :

أوضحت نتائج عدد من الدراسات أن قدرة الأسرة على الاستفادة من تدريب الوالدين تتأثر بعدة عوامل منها الاكتئاب الوالدي Paternal & Maternal Depression ، والصراع الزواجي Marital Conflict ، والعدائية Hostility بينهما ، والعزلة Isolation ، والمنغصات الحياتية السلبية ، والمستوى الاجتماعي الاقتصادي ، كما توصل عدد آخر من الباحثين إلى أن برامج تدريب الوالدين في حاجة إلى أن تؤكد على مساندة الوالد أو الوالدة ، وتنمية مهارات حل المشكلات ، ومهارات الاتصال ، ومهارات التصرف ، وعلاج الاكتئاب ، وعلى الرغم من أن العلاج لا يمكن أن يغير المنغصات الحياتية للأسرة ، والموقف الاقتصادي لها إلا أنه يساعد الوالدين والأطفال على أن يتصرفوا بطرقة أكثر فعالية لمواجهة المواقف المسببة للإنعصاب والتوتر .

وفي ضوء هذه النتائج قامت وبستر – ستراتون وهانكوك Webster - Stratton & Hancock (١٩٩٨) بتطوير محتوى البرنامج المتقدم لتدريب الوالدين باستخدام شرائط فيديو يتم تقديمها بعد انتهاء البرنامج الأساسي مع

جلسات إضافية تمتد من ثمان إلى عشر جلسات ، ويكون التركيز في هذه الجلسات على مهارات الاتصال عند الوالدين ، وكذلك ضبط الغضب ، وغيرها من مهارات المجاهدة أو التصرف ، ومهارات حل المشكلات ، إلى جانب مساعدة الوالدين على أن يدركوا أن الأطفال يتعلمون باستمرار من خلال ملاحظة تفاعلات أو تعاملات والديهم مع بعضهم ومع الآخرين في المجتمع بما في ذلك المعلمين والجيران .

وكثير من الآباء – سواء كان لديهم أو ليس لديهم أطفال – يعانون من مشكلات سلوكية كما أنهم يختلفون بشأن كيفية تأديب وانضباط طفلهم ، وهذا أمر متوقع نظراً لأنهم يمتلكون خبرات وتجارب مختلفة فيما يتعلق بالأسلوب الوالدي في تربية الأطفال ، ومع ذلك ففي أغلب الأحوال فإن هذه المنظورات المختلفة تؤدى إلى الغضب بل وحتى الصراع أو النزاع الواضح والممتد بين الزوجين بشأن كيفية تربية أطفالهم ، وفي حالة المشكلات السلوكية فإن هذا الصراع أو النزاع بين الوالدين يزيد من حدة المشكلة ، فالنزاع المتكرر بين الزوجين يمكن أن يؤدى إلى أسلوب والدي غير فعال يساهم في المزيد من الكرب بين الزوجين والاكتئاب ، وعلاوة على ذلك يصبح الأطفال عدوانيين بدرجة كبيرة مع الأقران عندما يلاحظون طريقة التفاعلات السلبية بين والديهم ، وعند تدريس أو تعليم مهارات الاتصال كجزء من برنامج تدريب الوالدين نأمل أن يتمكن الوالدين من حل المشكلات القائمة ومنع المشكلات المستقبلية ، ومن المهارات التي يجب تعلمها ما يلي :

١- الاستماع :

إن أول مهارة يتم تدريسها أو تعليمها هي مهارة الاستماع الفعال أو الاستماع بدون مقاطعة ، وإعطاء النصائح ، والنقد أو التحاور أو المجادلة ،

ويجب التحقق من صدق أو صحة العبارات كجزء من مهارة الاتصال .

٢- الإفصاح والتحدث بصوت عال :

توجد مجموعة فرعية من بين الآباء الذين يترددون على العيادات النفسية لطلب المساعدة بشأن المشكلات السلوكية لأطفالهم يطلق عليها عبارة " متجنبي النزاع " لأنهم يكرهون المجادلات ، وهؤلاء الآباء يخزنون الحزن والاستياء على أن ينفجروا في النهاية ويعبرون عن غضبهم ، وتعليم الآباء كيفية الإفصاح عن هذه القضايا عندما تحدث يتضمن مساعدتهم على أن يصبحوا مرتاحين بدرجة أكبر مع النزاع ، وتلك عملية طويلة الأمد ، وهناك بعض القواعد التنبئية السليمة التي يتم تشجيع الوالدين على إتباعها لكي يتكيفوا في البيت وكذلك في جلسات التدريب وهذه القواعد الأساسية تتضمن ما يلي :

- الأدب :

من المدهش ولكنه حقيقي أن تتجه الأسر لقول أشياء حقيرة ومهينة للناس الذين يعرفونهم ويحبونهم أكثر مما يقولون للغرباء ، ومن وقت إلى آخر يقاطع أفراد الأسرة بعضهم البعض ، ويحقرون من شأن أحد الأفراد ويجرحون مشاعر بعضهم البعض ، والاحتقار يولد الغضب والاستياء ، ويجعلهم في موقف يدافعون فيه عن أنفسهم ، ويولد أيضاً الشعور بالذنب أو الاكتئاب ، ويقلل التحقير أو التقليل من شأن الآخرين من أهمية الاتصالات الفعالة وحل المشكلات ، ويتم تعليم الوالدين أن الأدب يعتبر مهماً إلى حد كبير جداً في الحل الفعال لموقف صعب بصرف النظر عن طريقة تصرف طفلهم أو شريك حياتهم ، ويجب على الوالدين أن يكونوا مؤدبين مع بعضهما البعض ، ولا يعني وجود شخص وقح ويتصرف بتصرفات طفولية أن نتصرف بالمثل أو بطريقة مشابهة له ، وهذا يعنى أن الوالدين يجب أن

يتحققوا مما يقولونه ويراجعون أنفسهم قبل أن يتكلموا .

- **طلب الإذن للتوقف (الهدنة) :**

يتم تعليم الوالدان أن يلجأوا إلى التوقف أو " الهدنة " وأن يتوقفوا عن جميع المناقشات عندما يغضبون أو ينتقدون بعضهم البعض ، ويساعد المعالج الوالدين أن يقرروا مقدماً وبطريقة دقيقة وقت الحاجة للتوقف أو الهدنة ، فربما يقول أحد الوالدين ببساطة أنني في حاجة إلى التوقف عن الكلام بشأن هذا الموضوع الآن أو أنني متضايق ، فهل يمكن أن نتحدث في هذا الموضوع فيما بعد عندما أهدأ (لاحظ استخدام الرسائل أو العبارات التي تبدأ بكلمة أنا) ، وكل فرد في الأسرة في حاجة إلى أن يوافق على أنه عندما يعطي شخص واحد الإشارة بالتوقف فإن المناقشة ستنتهي مؤقتاً ، والشخص الذي يطلب الهدنة يكون بعد ذلك مسئولاً عن تحديد وقت آخر لاستئناف المناقشة ، ولا ينبغي أن تزيد فترات التهدئة أو راحة البال عن ٢٤ ساعة وإلا يتجنب الوالدان حل المشكلة تماماً .

- **الشعور بالحاجة إلى التحدث (التكلم) :**

يتم تعليم الوالدين أهمية التحدث أو الإفصاح عن المشاعر سواء مشاعرهم أو مشاعر أطفالهم ، وغالبية الآباء يتحدثون إلى أطفالهم عن أفكار وحقائق ، ولكنهم نادراً ما يتحدثون عن مشاعرهم أو مشاعر أطفالهم ، ويوحي البحث بأن الأولاد أكثر احتمالاً بأن يتم نقدهم لصراخهم أو بكائهم أو لكونهم انفعاليين ، والبنات من المحتمل بدرجة أكبر أن يتعلمن أن التعبير المباشر عن مشاعر الغضب يعتبر سلوكاً أنثوياً ونتيجة لذلك يتعلم الأولاد أن يعبروا عن مشاعر الغضب ، وتتعلم الفتيات أن تعبرن عن مشاعر الاكتئاب .

ويجب على الوالدين أن يعملوا نماذج تساعد على الشعور بالحاجة أو الرغبة في التحدث وذلك لأولادهم وبناتهم مثل استمتعنا بوقتنا الذي قضيناه معاً اليوم أنني اشعر بالسعادة أفهم أنك تشعر بالغضب بسبب عدم الذهاب إلى السينما أشعر بأنني حزين لأن كلبي مات وكل ذلك أمثلة للرغبة في الحديث الفعال الذي يتضمن عبارات تبدأ بالضمير أنا ، ويتم صياغتها في الزمن المضارع أو الوقت الحالي ، ويجب على الوالدين أن يعلما أطفالهم بأن التعبير عن المشاعر لا يتضمن رخصة تسمح بكل شيء أن يتدفق أو خطة مسهبة للمشاعر السلبية ، ويجب أن يتعلم الوالدين مخاطر العداوة والصراع أو النزاع المفتوح الذي يعوق النمو الاجتماعي والانفعالي أو النفسي للأطفال كما نعلمهم أيضاً بأنهم إذا عبروا عن المشاعر السلبية أو كان بينهم اختلاف فمن المهم أن نطمئن الأطفال بأنه لا يمكن إلقاء اللوم عليهم ، وعلاوة على ذلك فنحن نعلمهم أهمية ملاحظة الأطفال لوالديهم وهم يناقشون الاختلافات في الرأي بطريقة هادئة ويتوصلون إلى حلول متفق عليها بطريقة متبادلة (من الطرفين) لمشكلاتهم لأنه إذا رأى الأطفال والديهم وهم يشتركون في حل فعال للمشكلات فإن قلقهم بشأن الصراع أو النزاع سيتم تخفيفه بدرجة كبيرة بينما إذا رأو أو شعروا بالنزاع بين الزوجين ولكنهم لم يروا أي حلول فسيظلون قلقين ويجعلهم ذلك يتوقعون النزاع المستقبلي .

- تجنب الرسائل المختلطة :

يتم تناول موضوع الرسائل المختلطة في تدريب الوالدين وذلك لأن هذا النوع من الاتصال أو التخاطب عندما يتم الاعتياد عليه (أو عندما يصبح عادة) يكون له نتائج نفسية مدمرة على الأطفال لأنه يعبر عن الاستحسان أو القبول عندما يكون هناك جانب آخر يعبر عن النقد وهنا يرتبك الطفل ويتأثر تقديره لذاته بطريقة سلبية كأن تكون كلمات الوالدين

تعبير عن شئ بينما سلوكهما يدل على أو يعبر عن شئ آخر ، وهنا لا يعرف الطفل ما الذي يجب أن يصدقه ويثق فيه ، وبالتالي يفقد الثقة في إدراكاته .

ويضعف الوالدان مكانتهم عندما يوصلون أو ينقلون رسائل مختلطة ، ولذا يجب أن يؤكد المعالجين على أهمية أن يكون الوالدان واضحان وتكون رسائلهم متسقة حتى يكون هناك تطابق بين محتوى ومشاعر اتصالاتهم ، وينبغي أن يتضمن ذلك الرسائل اللفظية والرسائل غير اللفظية ، ويوضح البحث أنه عندما يكون هناك اختلاف يميل المستمع إلى أن ينظر إلى الرسائل غير اللفظية أو الشعورية على أنها الأصدق ، وبالتالي فحتى لو كانت الكلمات إيجابية والوجدان سلبياً فإن الطفل سيدرك الرسالة على أنها سلبية .

– إصدار أمر بعمل شيء :

أصعب شيء في الإتصال بين الوالدين والطفل هو إصدار أمر بعمل شيء ما ، وفي العلاقات التي يوجد فيها نزاع أو صراع مستمر يكون هناك مشكلة على نحو خاص فالطلب أو الأمر المباشر لسلوك معين قد يتم إدراكه على أنه تسلط وليس بالأحرى تعاون ، والأفراد الذين يمرون بمثل هذه الظروف يجدون أنفسهم يتجادلون بشأن طلب معين عندما يكون الموضوع هو صراع القوة أو السلطة أو من الذي يكون له التحكم أو السيطرة ويجب ان تعلم الوالدين أهمية أن يكونا قادرين على إصدار أوامر في أي علاقة ، ويتم التأكيد على عملية المبادلة أو الأخذ والعطاء في العلاقة على أنها هي الهدف ، والتي تتعارض مع قيام شخص واحد بالسيطرة على الآخرين .

– ضبط الأفكار التي تبعث على الضيق :

يمر الوالدان بلحظات غضب واكتئاب وإحباط وشعور بالذنب ، وهذه اللحظات تكون نتيجة تعاملهم مع السلوكيات السيئة من جانب أطفالهم ،

ويجب توقع المشاعر التي تبعث على الضيق ، وهذه المشاعر تكون مفيدة في أنها تشير إلى الحاجة للتغيير وإيجاد الدافعية ، ومع ذلك ينشأ أو يحدث الخطر عندما تسيطر هذه المشاعر على الوالدين بدرجة كبيرة لدرجة أنهم يفقدون القدرة على السيطرة ، وفي التدريب الخاص بالوالدين فإن الهدف هو مساعدة الوالدين على أن يتعلموا المجاهدة مع استجاباتهم الانفعالية لكي يمارسوا أسلوبهم في تربية أطفالهم بطريقة تحافظ على شعورهم بالكفاءة. ويطلب من الوالدين أن يحددوا بعض العبارات الذاتية السلبية الشائعة ثم نعلمهم أن يخففوا من حدة هذه الأفكار باستخدام الطرق الأربعة التالية :

١- التوقف عن أو قطع التفكير :

بمجرد أن يكون أحد الوالدين على وعى أو إدراك بوجود فكرة سيئة يتم إجباره أن يتوقف عن هذه الفكرة بقوله " سأتوقف عن التفكير في ذلك الآن " وبعض الوالدين يلبسون شريطاً مطاطياً يوضع على الرسغ ويطبقون فكيهم عليه (يعضونه) في كل مرة تنتابهم فكرة سلبية وذلك لتذكرتهم بأن يتوقفوا عن هذه الفكرة ويقولون يجب أن أكف عن القلق فالقلق لا يساعد في أي شئ .

٢- إعادة جدولة وقت القلق أو الغضب :

يطلب من الوالدين الذين يعاودون تذكر الطرق التي جعلت أطفالهم غاضبين أو يتراجعون بطريقة قهرية أو قسرية " رغماً عنهم " أن يعملوا جدول (يجدولوا) وقت الغضب ، أو وقت القلق والتوتر خلال اليوم ، فمثلاً يسمحون لأنفسهم بثلاثين دقيقة في وقت معين من اليوم (الساعة التاسعة والنصف صباحاً مثلاً) بأن يكونوا غاضبين بقدر ما يريدون ، وخلال بقيه اليوم لا يسمحون لهذه الأفكار أن تتدخل في حالتهم المزاجية أو عملهم ، وبالنسبة لبعض الآباء نقترح عليهم أن يخصصوا وقتاً للمحادثات التليفونية

عندما يستطيعون أن يتصلوا بالمعالج أو بالمعالجين ويخبرونهم عن الأفكار التي تسبب لهم الغضب .

٣- جعل الموقف موضوعياً :

الطريقة الثالثة التي يتم تعليمها للوالدين التوقف عن الحديث الذاتي السلبي ، وتتلخص في أن نسأل الوالدين أثناء لحظات الصراع أو النزاع عما إذا كان الشيء الذي يفكرون فيه يساعدهم في الوصول إلى هدفهم ، وبعض الباحثين أطلقوا على ذلك اسم أسلوب السلحفاة وذلك لأن الوالدين يتحركون لحظة بلحظة لكي يقدروا أو يقيموا سلوكهم ، والمثال الذي يوضح ذلك هو أن أحد الآباء كان متوجهاً إلى العمل وكان ابنه غير مستعداً للذهاب إلى المدرسة فأدخله حجرة نومه وأغلق عليه الباب وبدأ الابن في الصراخ ، وازداد غضب الوالد حتى فتح الباب وجذب ابنه قائلاً له : أفضل شيء أن لا يسأل أحد فيك (إنتباهاً سلبياً) وسوف تحصل على ذلك ، وفجأة فكر الابن فيما يفعله وأدرك أن ذلك سوف لا يوصله إلى أي شئ (سوف لا يكون له أي نتيجة موجبة) فغادر الحجرة وخرج من المنزل وبعد ذلك بدقائق قليلة لحق بوالده وهو مرتدي ملابسه بالكامل ، وناقش الأب ابنه كيف كان موضوعياً وأنه تراجع وقرر ماذا كان يحدث لو أنه فقد السيطرة لأن التصرف بعصبية سيزيد الموقف سوءاً .

٤- جعل الموقف طبيعياً أو عادياً :

الطريقة الرابعة التي من خلالها يساعد المعالج الوالدين أن يتعلموا هي أن يجعلوا الموقف عادياً أو طبيعياً عن طريق تذكر أن جميع العلاقات يكون فيها نزاع ، وجميع الأطفال يكون لديهم مشكلات سلوكية ، وعلاوة على ذلك يشعر الآباء والأطفال بالذنب والاكتئاب والغضب والقلق ، ويعتبر العمل الجماعي فعالاً إلى حد كبير جداً في جعل الموقف يبدو عادياً أو طبيعياً لأنه

سرعان ما يدرك الوالدان أن لديهم أفكار وردود أفعال متشابهة ، وبمجرد أن يتعلم الآباء أن يجعلوا الأفكار عادية أو طبيعية ، وأن يتوقفوا عن الأفكار السلبية فإنهم يحتاجون أن يتعلموا كيفية زيادة أفكارهم الإيجابية ، وذلك لأن خفض عدد الأفكار السلبية لا يزيد تلقائياً من الأفكار الايجابية ، ويتم تعلم الآباء ست خطوات لمساعدتهم على زيادة الأفكار الإيجابية هي :

- مقاومة حديث الذات السلبي وتفنيد المعتقدات السلبية .
- استبدل الأفكار السلبية بأفكار التهدئة أو المجاهدة .
- رسم صورة لمستقبل إيجابي .
- مدح الذات .
- استخدام الفكاهة والضحك بقدر الإمكان .
- عمل نماذج لحديث الذات الايجابي وقراءتها بصوت مرتفع .

ويساعد المعالجون الآباء على أن يحددوا أو يتعرفوا على الصفات والمعتقدات السلبية عن شخصيات أطفالهم ، وأن يعيدوا التأكيد بدرجة أكبر على سلوكيات معينة يريدون أن يشجعوها ، ويمكن للمعالجين أن يناقشوا أو يعالجوا التفكير السلبي بسؤال الوالدين هل هذا حقيقي دائماً ؟ ، وهل هذا دقيق تماماً ؟ أو بتشجيع الوالدين أن يسألوا أنفسهم هذه الأسئلة .

ويمكن للمعالجين أن يذكرا الوالدين بأن جميع الأطفال تنتابهم نوبات غضب ولا يطيعون والديهم ، وينسون القيام بالواجبات ، ويتصرفون بعدوانية من وقت إلى آخر ، والأسماء أو الألقاب أو الأوصاف السلبية تسير جنباً إلى جنب مع الروح الانهزامية ، فالأم التي قد عملت واجتهدت مع ابنها ولكنها تجده يستمر في الحصول على درجات أو تقديرات رديئة قد تقول لنفسها " لقد سئمت ومللت من هذه الطريقة " فلماذا أجربها ثانية / مرة أخرى ؟ فلا شئ سينجح لإتباعها أو تقول لا أستطيع التعامل مع هذا الموقف

إذن فإتباع الاتجاه الانهزامي يؤدى دائماً إلى الانسحاب من المشكلة وظهور مستوى من الاستعداد للمضايقة أو القلق ، وفي النهاية فإن الوالدين إما سينفجرون غاضبين أو يصبحون مكتئبين ؛ ولذا يجب على المعالجين أن يعلما الوالدين أن ذلك من الممكن أن يسبب الإحباط ولكن يجب أن نجاهد ونستمر ، فالأشياء ستتحسن ولكنها ستستغرق بعض الوقت فقط .

والرسالة المهمة للوالدين التي يجب أن يوصلوها لأنفسهم ولأطفالهم هي أنهم جميعاً بإمكانهم أن يجاهدوا ويتصرفوا مع هذا الموقف ، وحتى إذا كانت الأمور صعبة أو غير محتملة فبإمكان الوالدين أن يتأملوا وينظروا نظرة إيجابية نحو المستقبل أي التنبؤ بمستقبل كئيب أو موحش ، وهناك أمثلة سلبية توضح التنبؤ السلبي مثل أنه سوف لا يتوقف عن هذا السلوك أبداً – يا للهول أنه يسرق مرة ثانية – سيكون الأمر مشابهاً تماماً كما كان في المرة الماضية أو السابقة ، وهذا النوع من التنبؤ الكئيب أو الحزين يجعل الوالدين يشعرون بالاكتئاب ويتصرفون بسلبية وينسحبون عن أطفالهم أو يتوقفون عن مساعدتهم بطريقة ملائمة ، وبالإضافة إلى ذلك فإن الاعتقاد والتوقع والتنبؤ عوامل تساعد على تحقيق النبوءة فإذا اقتنع الوالدان بأن أطفالهم سوف لا يتصرفون أو لا يسلكون أبداً بطريقة أفضل فحينئذ فمن المحتمل أنهم سوف لا يتصرفون أو لا يسلكون بطريقة أفضل ، والمعالجون الذين يعملون في هذا البرنامج يحاولون جاهدين مساعدة الوالدين على أن يفكروا بطريقة أكثر إيجابية حتى يقدمون لأطفالهم رسائل مفيدة بدرجة أكبر بشأن قدراتهم ، وإحدى هذه الاستراتيجيات هي الانتقال بطريقة عقلية إلى فترة سابقة تكون فيها الفترة العصبية أو المسببة للإنعصاب قد انتهت ، والنتيجة الموجبة قد تحققت ، فالأم التي لها توأم عمره ٦ سنوات والتي تتشاجر باستمرار ربما تقول لنفسها من الصعب أن يكون لدى توأم عمره ٦ سنوات ، وأنهما

يتشاجران طول الوقت أو دائماً ، ولكن في غصون سنوات قليلة من المحتمل أن يكونا على وفاق مع بعضهما البعض ، ويكونان صديقان حميمان ، وأحياناً يقول الوالدين لأنفسهم إن هذا ليس عدلاً ... لماذا أضطر إلى أن يكون لدى طفل من هذا النوع ؟ أنني لا أستحق ذلك ... إن طفلنا يستحق أن يعاقب .

وربما يعتقد الآباء أنهم يسيطرون على الموقف على الرغم من أن غضبهم لا يمكن السيطرة عليه ، وفي الحقيقة فمن الصعب أن يتخلصوا من الغضب ، فشعورهم بالغضب يمكن أن يساعدهم أن يشعروا بأنهم بارزين وأقوياء ويكون من الصعب التوقف عن الغضب لأنه أحياناً يختلط بفقد السلطة ، وفي مثل هذه المواقف نجد أنه من المفيد أن نساعد الوالدين فيما يتعلق بالأهداف الطويلة الأجل بدلاً من الرضا بالانتقام القصير الأجل ، ويتم تشجيع الوالدين أن يقولوا لأنفسهم أنه على المدى الطويل من الأفضل للطفل أن يراني وأنا أجاهد من خلال مسئوليتي عن الغضب وليس بالأحرى أن أدع الغضب يتحكم في أو يسيطر عليّ ، والعبارة الذاتية البناءة الأخرى ستكون إن التكلفة الطويلة الأجل في أن أدع أو أسمح لغضبي أن ينفجر ستكون أكبر بكثير من الرضا السريع الانقضاء بأن أوضح لطفلي بأنني سوف لا يتم الضغط عليّ .

ويفترض بعض الآباء أنهما يعرفان لماذا يتصرف طفلهم أو شريك حياتهم بطريقة معينة ، ويتصرفون طبقاً لهذه المعتقدات كما لو كانت معتقدات صادقة أو حقيقية ، ويطلق على ذلك " قراءة الأفكار " ، وهذه الافتراضات يمكن أن تصبح نبوءات تحقق ذاتها فعلى سبيل المثال طفلان يتشاجران في غرفة صغيرة أثناء مشاهدة والدتهم الأخبار ، وتقرأ أفكارهما

قائلة أنهم يتشاجران بصوت عالي بطريقة مقصودة ، أنهم يريدونني أن أندفع إلى الجنون ، أو مثلاً يأتي الأب إلى البيت بعد الانتهاء من التسوق من السوبر ماركت ويجد زوجته تتحدث في التليفون بينما الأطفال يعبثون بمحتويات غرفة المعيشة ، ويقوم بعملية قراءة الأفكار قائلاً لا أحد في هذا البيت يهتم بي ، فإذا كانت الأم تهتم بى فإنها تجعل الأطفال يتصرفون أو يسلكون بطريقة ملائمة ، وهذا النوع من القراءة السلبية للأفكار من المحتمل أن يزيد من درجة الاستياء والغضب تجاه زوجته وتجاه الأطفال ويتم مساعدة الوالدين على أن يفهموا أهمية التركيز على السلوك الذي يريدون أن يغيروه ويتجنبوا التأمل أو التفكير بشان الدوافع ، فبدلاً من أن تعتقد الأم أن الأطفال يفعلون ذلك لكي يدفعونها إلى الجنون وأنهم يقصدون ذلك أو يقومون بذلك عن عمد ، فربما تقول لنفسها لا أعلم ما الذي يكدرهم اليوم ربما ينبغي عليّ أن أسألهم وتسألهم عن مشكلاتهم بدلاً من عمل افتراضات ، وفي المثال الثاني قد يخبر الوالد نفسه أنني بحاجة إلى أن أتحدث معها بشأن مساعدة الأطفال في جعل حجرة المعيشة مرتبة فهو يتجنب قراءة الأفكار ويركز على السلوك الذي يريد أن يغيره ، فلقد اختار أن ينظر إلى نفسه على أنه ميسر في عملية التغيير وليس بالأحرى ضحية للأسرة .

ويوضح الجدول التالي الأفكار التي تسبب الضيق والتوتر والأفكار التي تعتمد على أساليب المجاهدة أو التصرف .

جدول (٤)

أفكار المجاهدة أو التصرف

الأفكار التي تسبب الضيق	أفكار المجاهدة
إن طفلي سيء ، وهذا شيء مثير للسخرية .	إن طفلي يقوم باختباري ليرى ما إذا كان يستطيع أن يتصرف بطريقته والعمل الذي قمت به هو أن أبقي هادئاً وأساعده على أن يتعلم طرقاً أفضل في التصرف .
لقد سئمت من عمل كل شيء لأبنائي ويجب أن نتغير الأمور .	أنني في حاجة إلى أن أتحدث مع أبنائي بشأن ترك ملابسهم مبعثرة في الحجرة ، وإذا ناقشنا ذلك بهدوء فسنكون قادرين على أن نصل إلى حل جيد .
أنه مثل أبيه تماماً لا أستطيع التعامل معه عندما يكون غاضباً .	أستطيع التعامل مع ذلك ، إنني مسيطرة على الموقف ، لقد تعلم طفلي بعض الطرق القوية للسيطرة ، وأحتاج أن أطور خطة بأن أعلمه المزيد من الطرق الملائمة لكي يستطيع من خلالها أن يتصرف أو يسلك بطريقة لائقة .
لا أستطيع أن أتحمل ذلك ، لماذا ينتهي بي المطاف بطفلة مثل هذه ؟ .	أنه يصعب التعامل معها لأن عمرها ٥ سنوات فقط ، أنها تتعلم وتستوعب ما أقوله لها وسوف تكون الأمور بعد ذلك أسهل وأفضل .

أفكار أخرى خاصة بالتهدئة أو المجاهدة :

١- لا أحب ذلك عندما تتصرف بمثل هذه الطريقة ، ولكن يمكنني أن أعالج

هذا الموضوع .

٢- إن مهمتي أن أبقي هادئاً وأساعده على أن يتعلم طرقاً أفضل عندما يطلب ما يريد .

.- أستطيع أن أساعده أن يتعلم طرقاً أفضل في السلوك .

٤- ليس هذا نهاية العالم ، فهي طفلة ذكية ، وأنا أم أعرف مصلحتها وأقوم على رعايتها ، سوف نجتاز هذه المحنة .

٥- في الحقيقة لم يعد يقوم بعمل ذلك وأصبح طيباً تماماً في الفترة الأخيرة .

٦- لا ينبغي أن ألوم صبري عليها ، سأتحدث معها بشأن ذلك .

٧- أبذل قصارى جهدي لمساعدتهم في أن يتعلموا المزيد من السلوكيات الموجبة أو الايجابية .

٨- أستطيع أن أطور خطة للتعامل مع ذلك .

٩- لدى الكثير من أساليب أو طرق المجاهدة يمكن أن استخدمها .

١٠- إن الضغط النفسي الذي أعيشه هو بالضبط ما قاله لي المعالج ، إن ذلك تذكره لكي استخدم تدريبات المجاهدة وحسن التصرف .

١١- أنها لا تفهم ما تعينه هذه الكلمات التي تستخدمها في القسم ، وسوف لا أسمح بذلك أن يعكر صفوي .

١٢- يجب أن أتصرف مع الموقف خطوة خطوة .

١٣- إننا نتقدم ففي كل يوم يتحسن الأمر قليلاً .

١٤- لست بحاجة إلى أن أهتم بكل شئ الآن ، فكل ما أحتاج أن أعمله هو أن اهتم اليوم بما أريد أن أفعله .

أمثلة لأفكار مدح الذات :

١- أسيطر جيداً على نفسي .

٢- أحب الآخرين .

٣- أستطيع أن أتصرف في معظم المواقف .
٤- لا أحد يمكن أن يدفعني إلى الجنون إن هذا يرجع لي .
٥- أستطيع أن أتحكم في تفكيري وفي غضبي .
٦- إنني والد جيد / أو والدة جيدة .
٧- أنني أحاول باستمرار أن أكون جيداً .

السيطرة على الضغوط :

بمجرد أن يتعرف الوالدين على الأفكار التي تسبب الضيق أو الكدر ، ويستبدلونها بأفكار المجاهدة والتصرف ؛ ينتقل المعالجون إلى موضوع معالجة الضغوط ، والخطوة الأولى هي أن يصبح الوالدين على وعي أو إدراك باستجاباتهم الفسيولوجية للأحداث المسببة للضغوط ، وكذلك الأفكار المسببة للضغوط ، ويذكر كثير من الأفراد أنه في المواقف العصبية يجربون مستويات من التوتر ، ودقات القلب السريعة ، والصداع ، وارتفاع ضغط الدم ، والتوتر العضلي الذي يتدخل في سلوكهم وعمليات تفكيرهم ، وتحدث الضغوط في الأزمات والطوارئ ، وتبين الدراسات أن المشاحنات اليومية قد تسفر في الحقيقة عن المزيد من الضغوط والتوتر .

ويسفر الأسلوب الوالدي عن كثير من الضغوط ، فالتوترات اليومية كإعداد كل شئ قبل التوجه إلى العمل والمدرسة ، والإسراع في القيام بالمشاوير اليومية التي تحتاجها الأسرة ، ومحاولة إيجاد جليسة أطفال ، وعدم الحصول على المال الكافي لدفع مصاريف المدرسة ، وشراء هدايا عيد الميلاد ، كل ذلك يتطلب عملاً شاقاً ويؤدي إلى الضغوط ، والأحداث الحياتية الكبرى أو المؤثرة كالطلاق ، أو الانتقال إلى مدينة أخرى ، أو سوء سلوك الأطفال ، أو المرض ، تعتبر أسباب فردية تجعل الشخص يفقد أعصابه ، وما يجعل شخص يفقد أعصابه قد لا يزعج أو لا يسبب الضغوط

لشخص آخر ، ومساعدة الوالدين على أن يتعلموا ضبط مستوى الضغوط أو الانفعالات يعتبر خطوة ضرورية في مساعدتهم على أن يـصبحوا والـدين متوافقين بدرجة كبيرة .

وتعديل حديث الذات السلبي وتطوير أو تحـسين الأفكـار الخاصـة بالمجاهدة والتصرف كل ذلك يساعد الوالدين على خفض مستويات الضغوط لديهم ، ويجب أنْ يطور الوالدين عادة أخذ تـايم أوت شخـصي أو نـشاط ترفيهي شخصي بعيداً عن الضغوط لكي يكون هناك فرصـة للاسـترخاء ، واسترداد العافية أو النشاط العقلي والجسمي والنفـسي ، وهـذه الفـسحات (توفير التايم أوت) تعطى للمدرب والفريق فرصة لالتقاط الأنفاس والتجمع من جديد وبعد ذلك إعادة الدخول أو الدخول من جديد وتجديد الطاقة ، وفي حياتنا اليومية نجد أن أوقات الاسترخاء قليلة جداً ، فحتى أوقات الاسـتراحة كشرب القهوة تمتلئ عادة بالإثارة وليس بالأحرى بالاسـترخاء ، وفـرص التريض واسترداد العافية بالنسبة للوالدين ، ولاسيما الوالدين الـذين لـديهم أطفال صغار ويقضون وقتهم في البيت معهم تُعد قليلة جداً ، ومع ذلك فـإن الوالدين الذين يمكثان في البيت مع أطفالهم هم الذين يحتاجون علـى وجـه الخصوص لفرص للراحة والتقاط الأنفاس .

وجوهر التايم أوت بالنسبة للوالدين هو أنهـم يتوقفـوا عـن التـوتر والانعصاب الناتج عن التفاعل أو التعامل مع طفلهم ويعيدون التركيز على ما هو ضروري ، وبمجرد أن يكتسب الوالدين أو يحيطون بعناصـر الموقـف ويهدأون فإن تفاعلاتهم الفسيولوجية كدقات القلب السريعة ، والتوتر العضلي تسلب قوة الانعصاب أو الضغوط التي يتعرضون لها أو الذي كان يمتلكهم ، والتايم أوت الخاص بالوالدين قد يستمر لمدة دقيقة وقد يستمر لمـدة سـاعة طبقاً للظروف الممكنة ، ونقدم هنا بعض الاختلافات المتعلقـة بالتـايم أوت

للوالدين ؛ حيث يتم تخصيص من جلسة إلى جلستين لهذا الموضـــوع علـــى الرغم من أن جوانب هذه الموضـــوعات تدخل في سياق كـــل جلـــسة يـــتم تقديمها :

– **وقت لنشاط ترفيهي شخصي Time-Out** : للاسترلحة أو لأداء التمارين الرياضية ، ويتضمن ذلك التنفس بعمق وببطء ويفضل أن يكون في مكـــان هادئ وبقدر الإمكان يمارس الوالد / الوالدة الاسترخاء العميق ، وفي الحقيقة فإن مجرد التنفس بعمق يؤدي إلى بعض التحسن أو إلى درجـــة مـــا مـــن درجات استرخاء العضلات .

– **ممارسات النشاط الترفيهي في كل وقت أو مكان** : وهذا الأسلوب يمكـــن أن يستخدم في كل مكان أثناء شراء بضائع من محل بقالة ، وأثناء غـــسيل الأطباق أو أثناء الجلوس على المكتب ، ويتم تعليم الوالـــدين أن يقومـــون بطريقة منتظمة بشد واسترخاء مجموعة عـــضلية معينـــة وأن يتـــصوروا عضلاتهم تسترخي وتتخلص من التوتر ، فعلى سبيل المثال شد الـــذراع أو الرسغ بشدة بقدر الإمكان ، واستمر في ذلك وعدِ من واحد إلى أربعـــة ثـــم استرخ تماماً أثناء إخراجك للزفير ، وكرر ذلك بالنسبة لأجزاء أخرى مـــن الجسم .

– **ممارسة نشاط ترفيهي للتصور أو التخيل** : بمعنى أن تتصور أو تتخيـــل منظر أو مشهد هادئ (سماء بلا سحب أو بلا غيوم (صـــافية) أو امتـــداد المحيط أمامهم ، ويمكن استخدام هذا النوع من النشاط عندما يجـــد الآبـــاء أنفسهم متوترين أو مشدودين .

– **تخصيص وقت / تايم أوت للتحكم في الغضب** : على الرغم من أن بعض الآباء يعتقدون أن التوعد والحلفان أو القسم سيصرف الطاقة الزائدة ويقلـــل

من العدوان إلا أن ذلك يعطي إحساس زائف بالقوة ، ولقد بينت الدراسات أن الزوجين الذين يصيحان في بعضهما البعض لا يشعرون بأنهم أقل غضباً بعد ذلك بل أنهم يشعرون بمزيد من الغضب ، والسبب في ذلك هو أن انفجار الغضب تعتبر معززة للذات لأنها تعطى الناس إحساساً زائفاً أو غير حقيقي بالقوة ، ويشعرون أن غضبهم يجبر الآخرين أن يتعاملوا معهم بجدية أو يؤدى إلى امتثال وطاعة أكبر ، ويساعد المعالجون الآباء على أن ينظروا إلى النتائج الطويلة الأجل للغضب على أنفسهم وعلى أطفالهم ، ويطلبون منهم أن يمارسوا التنفس بعمق ، وتدريبات التصور أو التخيل ، وأن يركزوا على العبارات الذاتية للمجاهدة .

– **تخصيص وقت / تايم أوت للحديث الذاتي عن الضغوط :** يتم تعليم الوالدين أن يستخدموا حديثهم للذات كطريقة لضبط الضغوط أو التحكم فيها ، ويعني ذلك أنهم يتوقفوا عن الأفكار المسببة للتوتر أو الضغوط عن طريق تفنيدها ومناقشتها أو بوضع الضغوط في وضعها الصحيح ، فعلى سبيل المثال أن يقول الفرد لنفسه أن هذا طبيعي فالضغوط هي استجابة معقولة وطبيعية لما يقوم به الفرد في الحياة ، ويتعلم الوالدان أن يستخدما الحديث التالي فيما يتعلق بالمشاعر المتعلقة بالتوتر مع المواقف ، وهذه المشاعر بمثابة إشارات للوالدين تجبرهم أن يقولوا لأنفسهم استرخوا وخذوا نفساً بطيئاً ، وأن يتعاملوا مع الموقف بسهولة ، ويجب على المعالج أن يعلم الوالدين أن يتوقعوا أن انفعالاتهم الناتجة عن الضغوط أو التوتر سترتفع في أوقات معينة وأن يتذكروا أن الهدف ليس لمحو التوتر تماماً ، ولكنه محاولة للسيطرة عليه أو ضبطه ، وتتلخص الفكرة هنا بأن يقوم الوالدين بوضع الضغوط في حجمها الطبيعي ويعترفون بها كجزء من الحياة الأسرية وتتم مساعدتهم على أن يفكروا فيها على أنها شئ مؤقت وليس بالأحرى شيئاً مستمراً ، وأن

يركزوا على ما يمكن السيطرة عليه أو ضبطه بدلاً من عدم القـدرة علـى السيطرة عليه ، وأن يركزوا على المجاهدة والتصرف وليس بالأحرى على المشاعر التي تعتريهم تماماً ، وأن يحددوا الخطوات التي يمكن إتخاذها بدلاً من إلقاء اللوم على الآخرين .

- **تخصيص وقت / تايم أوت للمرح أو المتعة** : وهنا يتم حث الوالدين على أن يستخدموا التايم أوت لعمل شئ سار كالقراءة والمـشي وأخـذ حمـام ، والتركيز على الأشياء السارة أو المباهج غير المكلفة التـي تكـون مفيـدة وليست مدمرة للصحة .

وكل الاستخدامات السابقة للتايم أوت تساعد الوالدين على أن يتحرروا من التوتر والعصبية ، واكتساب المزيد من الإحساس بالسيطرة على حالتهم النفسية وعلى سلوكهم ، وكل هذه الأشياء يطلق عليها اسم الرعايـة الذاتيـة Self-Care ، وفكرة مفهوم الرعاية الذاتية تعتبر جديدة أو غريبة ، وعلـى الأخص مع الأسر ذات الدخل المنخفض التي تنهمـك تمامـاً فـي المهـام والأعمال اليومية بصفة مـستمرة ، ويكتئبـون بـشأن ظـروفهم الحياتيـة ويشعرون بأنهم غير قادرين على أن يركزوا على العناية أو الرعاية الذاتية ، وعندما نتحدث معهم عن التايم أوت من أجل المباهج الشخصية غير المكلفة فإننا نقابل بمقاومة منهم : لا أستطيع أن أهتم بنفسي ، لا أستطيع من الناحية المالية أن أستأجر جليسة أطفال ، لا أستطيع أن أترك أطفالي بمفردهم لكـي أتمشى ، لا أستطيع أن أذهب إلى السينما ، أنني لا أمتلك سـيارة ، ولـيس معي أي نقود ، لدى الكثير من المهام التي يجب عملها حتـى أسـتطيع أن أعيش .

والواجب المنزلي الذي يتم تقديمه في هذا الموضوع هـو أن نجعـل

الوالدان يقومون بإعداد قائمة بالأشياء التي يستطيعون القيام بها لكي يعطوا لأنفسهم فسحة سارة ، وهناك واجب منزلي آخر يتمثل في عمل قائمة نمطية بالمنغصات أو الضغوط اليومية ، ومناقشة هذه القائمة تتضمن وضع الاستراتيجيات التي تساعد على تخفيف أو التخلص من هذه المنغصات ، والتفكير في الطرق التي من شأنها التغلب على هذه المنغصات ، وعندما يتحدث بعض الآباء بخصوص التقليل من شأن أنفسهم ، واحتياجاتهم وشعورهم بأنهم محبوسين ومكتئبين فإنه يجب التفكير بجدية في الطرق التي يستطيعون من خلالها مساعدة بعضهم البعض على التخلص من هذه المشاعر ، ويجب مساعدة الوالدين وتعليمهم أن يأخذوا أو يخصصوا وقتاً شخصياً للتخلص من التوتر والغضب وتحقيق الضبط الذاتي .

حل المشكلات :

يعتقد كثير من الأفراد أن الأسرة المثالية أو الزوجين المثاليين لا يوجد بينهما نزاع أو خلاف إلا أن ذلك يعتبر أمراً غير ممكناً فالنزاعات أو الصراعات والاختلافات هي أمر لابد منه في الأسر وبين الزوجين وذلك بسبب الاحتياجات المتضاربة أو المتصارعة والاختلاف في وجهات النظر من فرد إلى آخر ، فالذي يميز الأسرة المرنة ليس غياب أو عدم وجود الاختلافات والنزاعات ولكن الذي يميزها هو القدرة على حل المشكلات والنزاعات بدرجة ترضي كل فرد (بصفة عامة) ، فالزوجان اللذان يستطيعا التفاوض بطريقة ناجحة لحل خلافاتهم ويحلون المشكلات بطريقة تعاونية لدرجة أن كل المشتركين يشعرون أن هذا الحل قد وضع في الاعتبار مكانتهم (على الرغم من احتمال أن هذا الحل لا يكون ما يريدونه بالضبط) سيكونون قادرين بدرجة أفضل على الاستمرار في علاقات مُرضية أو متوافقة وعند مواجهة هذه الفترات الصعبة أو العصيبة التي لا مفر منها في

حياتهم فإن الزوجين والأسر التي لا تستطيع أن تفعل ذلك سوف تنهار تحت وطأة التوتر والانعصاب .

وفيما يلي التركيز على تعليم الوالدين مهارات حل المشكلات التي تعينهم أو تساعدهم على حل الصراعات أو النزاعات الحتمية في جميع العلاقات ، ويقوم المعالجون بشرح أو توضيح أن أسلوب حل المشكلات ليس مثل أنواع المناقشات الأخرى ، لأنه يتضمن مجموعة معينة من الطرق التي تم تصميمها للارتقاء بقدرة الفرد على أن يفكر بطريقة فعالة بشأن القضايا ، وأن يعمل للتوصل إلى حلول للصراع أو النزاع ، وتتضمن مهارات حل المشكلات مهارات الاتصال والمهارات المعرفية التي تم تعلمها في الجلسات السابقة ، ومن المهم أن يتم تعليم هذه المهارات أولاً قبل تعليم محتوى هذه المشكلات ، فالغضب يمكن أن يسبب ضيق الرؤية التي تعوق القدرة على تحديد القضية أو الموضوع وإدراك الخيارات ، ومن الممكن أيضاً أن يزيد من الاعتقاد بأن أفراد آخرين قد سببوا مشكلة عن عمد أو قصد ، ويجب أن يتم اتخاذ موقف على الفور بدون وقت للتشاور أو المداولة ، ويمكن أن يسبب الاكتئاب الانسحاب من العملية أو تكوين اتجاه سلبي نحو المشكلات ، ويجب أن يكون لدى الوالدين بعض السيطرة على مشاعر الغضب المتزايد أو الاكتئاب ، وذلك قبل إمكانية البدء في حل فعال للمشكلات ، ويتم تعليم ست خطوات للحل الفعال للمشكلات ، وهذه الخطوات الست هي :

١- حدد وقتاً ومكاناً مناسبين لحل المشكلة :

وهنا نوصي بألا يحاول الوالدان أن يحلوا الصراعات في الوقت الذي تحدث فيه ، فمعظم الأفراد يكونون مثارين من الناحية النفسية والانفعالية في خضم المعركة لدرجة أنهم لا يستطيعون أن يستمروا في عملية حل

المشكلات بطريقة عقلانية ، فمناقشة المشكلة في وقت محايد يسهل حلهـا ، ويحتاج حل المشكلات أن يحدد الأهل وقتاً ومكاناً معيناً لكي يتناقشوا بـشأن المشكلات ، كما أنهم يقررون أن يتقابلوا في نفس الوقت كل أسبوع ، وغالباً يكون ذلك في وقت الليل بعد أن يذهب الأطفال إلى فراشهم ، وينصح بفصل الحرارة عن التليفون ، والتخلص من كثير من التـشتيتات الأخـرى بقـدر الإمكان ، ويجب علي الأهل إعداد جدول أعمال مسبقاً وأن تقتصر المناقشة على مشكلة واحدة وينصح الأهل بألا يقضوا أكثر من ٤٥ دقيقة في مناقشة المشكلة حتى لا يصابوا بالتعب أو الإرهاق .

٢- صف وحدد أو عرف المشكلة :

يحتاج حل المشكلة أن يقدم كل شخص وجهة نظره بما في ذلك :

أ- الموقف :

- ما المشكلة ؟ .
- من الذي تورط أو اشترك فيها ؟ .
- ما الجانب الذي يزعجك في هذه المشكلة ؟ .
- ما عدد مرات تكرارها (كل يوم ، كل أسبوع) ؟
- متى وأين تحدث ؟ .
- كيف تحدث ، وما الذي يبدأ المشكلة أو يتتبع حدوثها ؟ .
- ماذا حدث آخر مرة ؟ .
- لماذا تعتقد أنها تحدث ؟ أو ما الأسباب التي يقدمها الآخرون ؟ .

ب- الاستجابة :

- ما شعورك عندما تحدث المشكلة ؟ .
- ماذا تفعل عندما تحدث المشكلة ؟ .

– ما شعورك بعد ذلك ؟ .

– لماذا تستجيب أو ترد بهذه الطريقة ؟ .

ومن المهم أن يكون لدى الآباء اتجاه أو موقف تعاوني ويتحملوا المسئولية في حل المشكلة ، وينبغي أن يتم التعامل مع مشكلة واحدة في المرة الواحدة ، وإذا انحرف شخص عن الموضوع يستطيع الشخص الآخر أن يقول أعتقد أننا ينبغي أن نتناقش في هذه المشكلة عندما نعود إلى البيت ، وعلى الرغم من أن أحد الوالدين قد يشعر بأنه ضحية لموقف وأن الشخص الآخر هو سبب المشكلة فإن هذه المشاعر ينبغي أن تطرح جانباً لتشجيع الإحساس بالعمل معاً ، وعلى الرغم من أنه قد يكون الموقف صعباً إلا أنه يجب على كل من الوالدين أن يستمع بعناية لوجهة نظر الشخص الآخر ، وحتى إذا كان هناك فرد في الأسرة ينظر إلى الموقف على أنه مشكلة ، فمن المهم جداً للأسرة أن تنظر إليه وتحاول إيجاد حل للمشكلة .

٣– تحديد الأهداف والتوقعات :

بمجرد أن يتم تعريف المشكلة ينبغي على الوالدين من جديد أن يلخصا المشكلة ، وبعد ذلك يحددان الهدف المرغوب فيه ، فعلى سبيل المثال: أود أن تكون في البيت قبل الساعة السابعة مساءً أو أود أن تكون قادراً على المشاركة بدرجة أفضل ، وبعد ذلك ينبغي أن يتم تقدير أو تقييم الهدف للتأكد من أنه سيحل المشكلة ، وأنه واقعي .

٤– إيجاد حلول تدل على القدرة العقلية :

يتم تعليم الوالدين أن يفكروا بجدية وذكاء لكي يولدوا أو يتوصلوا لحلول ممكنة ، فيتم تشجيع الوالدين أن يعملوا على إيجاد أكبر قدر من الحلول التي يمكن تخيلها ، ولا ينبغي أن يحدث المزيد من المناقشات المتعلقة

بالمشكلة ويجب التركيز على الإبداع والإنتاجية ؛ ولذا يجب تجنب أي أحكام أو قرارات بشأن الحلول الممكنة أو تقدير مزاياها وذلك في هذه المرحلـــة ، كما يتم تشجيع الوالدين على أن يقترحا العديد من الأفكار الفكاهية لتخفيــف حدة المناقشة .

٥- وضع خطة :

في هذه الخطوة يتم تصفح قائمة الحلول الممكنة ، ومراجعة حل واحد في كل مرة مع حذف أي حلول لا يمكن تحقيقها أو الحلـــول المـــستحيلة ، وربط الحلول التي تخدم بعضها معاً ، وبعد ذلك تـــتم المناقـــشة التفـــصيلية لنواحي القوة والضعف لكل حل مع الوضع في الاعتبار ما يلي :

- هل هذا الحل واقعي وعملي ؟ .
- ما أفضل وأسوأ النتائج الممكنة ؟ .
- هل أفضل النتائج تعد قصيرة الأجل أم طويلة الأجل ؟ .
- إلى أي مدى تتطابق أفضل النتائج مع الهدف الذي تم تحديده ؟ .

ثم تتم صياغة خطة للعمل ، وقد يتضمن ذلك ربط للعديد من الأفكـــار الموجودة بالقائمة ، وينبغي أن توضح أو تذكر بوضوح ما سيفعله كل فرد ، وينبغي كتابة الاتفاق ، كما ينبغي عمل جدول لمتابعة ومراجعة طريقة سير الخطة وتحديد أي مراجعات ضرورية .

٦- تقييم النتيجة :

ينبغي تقييم الحلول في اجتماع المتابعة وذلك من خلال الإجابة علـــى الأسئلة التالية :

س١: هل تم تنفيذ الإستراتيجية كما تم التخطيط لها ؟ فمثلاً إذا كانت الخطة تتضمن أن الأب سيكون في البيت قبل الساعة السابعة مساء ثلاث ليال

كل أسبوع ويقضي صباح الجمعة مع الأسرة فهل تم تنفيذ ذلك بطريقة متسقة ؟ ، وإذًا لم يحدث ذلك فما الذي منعه عن عمل ذلك .

س٢: إذا تم تصميم أو وضع الخطة لكي يتم تحسين أو تعديل السلوك فكيف تأثر السلوك بذلك ؟ فإذا كان الهدف أن ينام الطفل الساعة التاسعة ، ففي هذه الحالة ينبغي الاحتفاظ بسجل تسجل فيه الأوقات الحقيقية التي ينام فيها الطفل .

س٣: والسؤال الأخير هل الأهداف والنتائج التي تمت ملاحظتها تتطابق مع بعضها البعض ؟ وهل التغيرات أثبتت النتيجة المرغوب فيها ، وإذا لم يكن الأمر كذلك فحينئذٍ ينبغي تطوير إستراتيجية جديدة ؟ .

وفي أغلب الأوقات عندما يبدأ الوالدان مناقشة مشكلة ما مع بعضهما أو مع الأطفال فإنهم يجدون أنفسهم يتجادلون أو يتناقشون بشأن من الذي سبب المشكلة ، والمجادلات التي من هذا النوع تتضمن إلقاء اللوم والاتهامات مما يصعد المشاجرات أو الخلافات ، وتلك عوامل تقلل من حل المشكلات ، ويتم استخدامها أحياناً لهذا الغرض (على الرغم من أن ذلك يكون عادة بطريقة لاشعورية) ، ويحاول المعالجون أن يوضحوا للوالدين أهمية التعاون والمشاركة في حل المشكلات ، كما يؤكدا على ضرورة التخلص من المشاعر بأنهم ضحايا ، أو بأنهم من الأبرار الذين لا أخطاء لهم ويستبدلوا هذه المشاعر بالالتزام بحل المشكلات ، فالهدف هنا ليس تحديد من هو المخطئ ، ولكن تحديد طبيعة المشكلة وكيف يتم حلها .

وبالطبع فإن جلسة واحدة من جلسات اكتساب مهارات حل المشكلات سوف لا تحل المشكلة ، ولاسيما إذا كانت مشكلة صعبة ، والخطوة الصغيرة أو البسيطة التي تكون في الاتجاه المرغوب فيه تكون في الحقيقة نقطة تحول

في الاتجاه الصحيح للوالدين ، ويقوم المعالجون بتشجيع هذا التقدم ، ويحثون الوالدين أو يمتدحون جهودهم في حل المشكلات ، ومثل هذه التغذية المرتدة الايجابية تمهد الطريق لجلسات مستقبلية ، وإذا استطاع الزوجين أن يتعلموا حل المشكلات معاً بطريقة ناجحة ، فهناك احتمال أكبر بأن يحتفظوا بعلاقات مرنة ومُرضية خلال فترة طويلة من الوقت ، وهذا المحتوى يستغرق عادة من ثلاث إلى أربع جلسات حتى يكتمل ، وتتضمن الواجبات المنزلية في الأسبوع الأول ممارسة تعريف المشكلات أو تحديدها بوضوح واستخدام مهارات الاتصال المتعلقة بالاستماع والتحدث ، وفي الأسبوع الثاني يطلب من الوالدين أن يلخصا أو يحددا الأهداف ، ويفكرون بجدية لإيجاد حلول ممكنة للمشكلات ، ويقوم الوالدان بممارسة هذه المهارات مع مشكلة سهلة إلى حد ما في البداية ثم ينتقلون بالتدريج إلى ما هو أكثر صعوبة .

تعليم مهارات حل المشكلات للأطفال :

عندما يتفاعل الأطفال مع مشكلاتهم بالبكاء والضرب أو الجري نحو والديهم ، فإن هذه الاستجابات تقدم القليل لهم في مساعدتهم لحل المشكلة ، وفي الحقيقة فإنهم يخلقون مشكلات جديدة ، وتبين البحوث أن الأطفال يلجأون إلى استراتيجيات غير ملائمة لأنهم لا يعرفون طرقاً أخرى للاستجابة ، ويستطيع الوالدان أن يساعدوا في ذلك بتعليم الأطفال مهارات حل المشكلات .

فأولاً وقبل كل شئ يستطيع الوالدان أن يعلموا أطفالهم هذه المشكلات بتقديم نماذج لحل المشكلات ، وذلك يعتبر تجربة تعليمية خاصة للأطفال وهم يشاهدون والديهم يناقشون المشكلات مع أفراد كبار آخرين ويتفاوضون ويصفون حلولاً للنزاع ويقيمون نتيجة هذه الحلول بطريقة ملائمة وغير

عدوانية ، وعلى الرغم من أن أهل هؤلاء الأطفال قد لا يريدون لأطفالهم أن يشاهدوا اجتماعاتهم الخاصة بحل المشكلات ، فإن الكثير من القرارات اليومية التي يتخذونها توفر فرصاً جيدة يتعلم منها هؤلاء الأطفال ، فعلى سبيل المثال يشاهد الأطفال باهتمام شديد والدهم وهو يتلقى اقتراحات الأم بأن يرتدي شيئاً مختلفاً ، فهل تكون الأم ساخرة أو متهكمة وغاضبة أو واقعية في طلبها ، وهل الأب يتذمر ويغضب أو يتعاون أو يطلب المزيد من المعلومات ؟ ، ومشاهدة الوالدين وهم يقررون أي فيلم سيشاهدونه ليلة الخميس يمكن أن يعلم الأطفال الكثير عن التوصل إلى حل وسط وعن التفاوض ، وكذلك يتعلم الأطفال الكثير عند مشاهدتهم لوالديهم وهم يناقشون المشكلات الناتجة عن الضغوط والتوتر والقلق ، وبالإضافة إلى عمل نماذج لمهارات حل المشكلات يستطيع الأهل أن يعلموا ذلك لأطفالهم بطريقة مباشرة ولكن كثير من الأهل يرتبكون ويحتارون فيما يقولونه لأطفالهم بشأن مساعدتهم في كيفية حل المشكلات ، وهناك الكثير من المشكلات الواضحة باستخدام هذه الطريقة ، فربما يخبر الوالدان أطفالهم بما يفعلونه قبل أن يكتشفوا المشكلة الحقيقية من وجهة نظر الطفل ، وبالتالي فإن إحدى المهام الأولى أمام الوالدين عندما يكون أطفالهم متورطين في صراع أو نزاع أن يفهموا المشكلة من وجهة نظر الطفل ، ويحتاج الأهل أن يتعلموا أن يسألوا أسئلة مثل : ماذا حدث ؟ ما المشكلة ؟ هل يمكن أن تحكي لي أو تخبرني بشأن هذه المشكلة ؟ وأن يطرحوا أو يوصلوا هذه الأسئلة بنغمة لا تمثل اتهاماً حتى يكون الطفل أكثر احتمالاً بأن يتحدث بصراحة عن المشكلة ، وهذا الاستجواب أو الاستفهام يساعد الطفل على توضيح المشكلة التي في ذهنه ويساعد أيضاً في ضمان أن الأب لا يتسرع في استنتاج خاطئ عما يحدث ؛ حيث إن أي حل يجب أن يكون مرتبطاً بإدراك الطفل للموقف ،

وعندما يعتقد الأطفال بأن أهلهم يفهمون وجهة نظرهم يكونون على استعداد أكبر للتعامل مع المشكلة بطريقة تعاونية ، وبدلاً من أن يتم تشجيعهم لكـــي يتعلموا كيف يفكرون يتم إخبارهم بما يجب أن يفكروا فيه ، ويعرض الحـــل عليهم ، ويتم تعليم الآباء أن يساعدوا أطفالهم في تعلم الخطوات التالية لحـــل المشكلات بطريقة ناجحة :

- ما مشكلتي ؟ .
- ما الخطط (الحلول التي يتم التوصل إليها بالتفكير العميق) ؟ .
- ما النتائج ، وما أفضل خطة (قم بتقييم النتائج) ؟ .
- هل تم استخدام خطتي (التنفيذ) ؟ .
- تقييم النتيجة وتعزيز الجهود .

وفي كل المراحل يستطيع الآباء أن يشجعوا أطفالهم على أن يتحـــدثوا بصوت مرتفع وهم يفكرون ويمكنهم مدح أو تقدير أفكارهم ومحاولاتهم فـــي التوصل إلى حلول ، وبهذه الطريقة يقوم الآباء بتعزيز تطور أسلوب التفكير الذي يساعدهم على أن يتعاملوا مع جميع المـــشكلات ، ويقـــوم المعـــالجون بمساعدة الوالدين على أن يخلقوا مواقف لمشكلات افتراضية مع أطفـــالهم ، وباستخدام القصص أو الدمى يمكن للوالدين أن يخلقـــوا مـــشاهد للمـــشكلة ويطلبوا من أطفالهم أن يتوصلوا إلى أكبر عدد من الحلول بقدر الإمكـــان ، ويعطى للوالدين قائمة بخصوص " الألعاب الافتراضـــية " الممكنـــة التـــي يستطيعون أن يلعبوها مع أطفالهم في البيت لممارسة أسلوب حل المشكلات ، فعلى سبيل المثال نفترض أن طفلاً أصغر منك في العمر بدأ يضربك فمـــاذا تفعل؟ أو نفترض أن صبياً كان يلعب لفترة زمنية طويلة بلعبتـــه وتريـــد أن تلعب معه ، فماذا ستفعل ؟ وبعد اقتراح مشكلة افتراضـــية ، يقـــوم الآبـــاء بتشجيع أطفالهم على أن يفكروا في مشاعرهم وكذلك في مشاعر الـــشخص

الآخر المشترك في هذا الموقف ، وعلى هذا الأساس يصفوا المشكلة ، وبعد ذلك يدعوهم الوالدين بأن يطرحوا أكبر عدد من الحلول التـي يـستطيعون التوصل إليها ، وفي حالة عدم استطاعة الأطفال التفكير في أي حل يقترح الوالدين عدداً قليلاً من الحلول ، والهدف الذي يسعى إليه الوالدين هو جعـل هذه المناقشات الخاصة بحل المشكلات تبدو ممتعة وذلك باسـتخدام صـور الكارتون والقصص أو الدمى وربما يقترحون أيضاً أن يكتبوا قصة معـاً ، ونحذر الوالدين من أي عمل يتضمن النقد أو السخرية لأي أفكـار يقـدمها الأطفال مهما كانت سخيفة ، وبدلاً من النقد والسخرية يجب على الوالدين أن يشجعوا أطفالهم على التفكير المبدع وأن يقدموا لهم نماذج لحلول ابتكارية ، وبعد إيجاد الحلول الممكنة فإن الخطوة التالية هي مساعدة الأطفال علـى أن ينظروا إلى ما سيحدث إذا تم تنفيذ كل حل ، ويساعد الوالدان أطفالهم علـى أن يتخيلوا النتائج الممكنة ، وفي أغلب الأحيان يكون الأطفال مندهشين أو قلقين أو متضايقين عندما لا تسير الأمور حسب ما تخيلوها ، ويمكن تجنب هذا التفاعل أو رد الفعل إذا توقعوا نتائج متعددة يمكن أن تنشأ من سلوكهم ، وربما يقول طفل أن المخادعة أو الضرب لصديق لكي يحصل على اللعبـة يعتبر حلاً ، وفي هذه الحالة ينبغي على الوالدين أن يساعدوا الطفل على أن يفكر في النتائج الممكنة مثل خسارة هذا الصديق أو الوقوع فـي مـشكلة أو الحصول على اللعبة ، ونتائج طلب اللعبة من الصديق ربما تتـضمن عـدم الاستجابة لهذا الطلب أو التجاهل أو ربما يحصل الطفل على اللعبة ، وبعـد استعراض النتائج الممكنة يساعد الوالدان أطفالهم في أن يقرروا النتيجـة أو النتيجتين اللتين يكونان أفضل النتائج ، وبالنسبة للأطفـال الـذين تتـراوح أعمارهم من ثلاث إلى ثمان سنوات فإن الخطوة الثانية لتوليد أو إيجاد حلول ممكنة تكون هي المهارة الأساسية التي يجب تعلمها ، وعلى الرغم مـن أن التنفيذ والتقييم يتم عملهما بطريقة أكثر سهولة عن طريق أطفال آخرين فإن

الأطفال الصغار يحتاجون إلى أن يفكروا في الحلول الممكنة وأن يفهموا أن بعض الحلول تكون أفضل من غيرها .

والخطوة الأخيرة تتمثل في مساعدة الوالدين لأطفالهم على أن ينفذوا بالفعل حلاً (إذا كانت المشكلة من المشاكل الحقيقية) وبالطبع فإن ذلك يكون أصعب بكثير من حل المشكلات الافتراضية أو المحايدة ، وفي مواقف الصراع أو النزاع قد يكون الأطفال غاضبين جداً وقلقين لدرجة أنهم لا يستطيعون أن يفكروا بوضوح ، ويحتاج الوالدان أن يكونا قادرين على تهدئتهم من خلال المناقشة حتى يستطيعون أن يتوصلوا إلى بعض الحلول ، وأحياناً يكون الأطفال منفعلين جداً لدرجة أنهم يحتاجون أن يأخذوا فسحة قصيرة حتى يهدءون ، وبين الحين والآخر تكون المشكلة صعبة جداً لدرجة أنه يجب مناقشتها فيما بعد عندما يكون لدى الوالدين والأطفال الوقت لكي يهدءوا أو يستطيعون التفكير والإدلاء بوجهات نظرهم .

ويتم تعليم الوالدين أن يوجهوا أطفالهم إلى التفكير في أسباب المشكلة في المقام الأول وأن يطلبوا منهم التوصل إلى حل ممكن ، فإذا أراد الوالدين من أطفالهم أن يطوروا عادة حل مشكلاتهم فإنهم يحتاجون إلى أن يتم تشجيعهم على أن يفكروا جيداً في المشكلة ، ويمكن للوالدين أن يعلموا أطفالهم كيف يفكرون في المشكلة ، ولكن لا ينبغي عليهم ألا يعلموهم ما يفكرون بشأنه ، والوقت الوحيد الذي يحتاج فيه الآباء أن يقدموا الحلول هو عندما لا يكون لدى الأطفال أي أفكار ، ولكن لا ينبغي خلط ذلك بتعليمهم أساليب حل المشكلات ، وبالنسبة للأطفال الصغار لا تنجح هذه الطريقة فإذا تنازع طفل على لعبة فإن التجاهل من جانب الوالدين يؤدى إلى مجادلة مستمرة ، ويحصل الطفل الأكثر عدوانية على اللعبة ويتم تعزيز الطفل الأكثر عدوانية على سلوكه غير الملائم (لأنه حصل على ما أراده) والطفل

الآخر يتم تشجيعه على الاستسلام (لأن المشاجرة توقفت عندما تراجع) ويتعلم الأطفال هذا الموقف ، ولكن ذلك ليس درساً نريد للأطفال أن يتعلموه .

طرق تدريب الوالدين :

عمل نماذج على شريط فيديو:

أدى حجم المشكلات السلوكية لوجود حاجة لخدمة تتعدى بمراحل الموارد المتاحة والأفراد المدربين ؛ ولذلك توجد حاجة ماسة لتطوير تدخل علاجي يكون فيه تكافؤ بين التكلفة والعائد ويمكن تطبيقه على نطاق واسع والاستمرار فيه ، وعمل نماذج على شريط فيديو يكون فعالاً ومتوازياً من حيث التكلفة والعائد ، وتوحي نظرية باندورا Bandura للتعلم الاجتماعي بأن الوالدين يمكنهم أن يحسنوا من مهاراتهم الوالدية بمشاهدة أمثلة تم تسجيلها على شرائط فيديو توضح الوالدين وهم يتعاملون مع أطفالهم بطرق من شأنها أن تزيد من أو تحسن من السلوكيات الاجتماعية الملائمة ، وتقلل من السلوكيات غير الملائمة ، وعلاوة على ذلك فإن هذه الطريقة في التدريب يمكن توافرها بدرجة أكبر ولاسيما للوالدين الذين لديهم توجه أقل من الناحية اللفظية ؛ ولذا فإن هذه الطريقة تتميز عن الطرق الأخرى (على سبيل المثال المناقشة الجماعية ، والمذكرات المكتوبة أو الكتيبات الإرشادية ، والتعليمات التدريسية) ويمكنها أن تحسن من عملية التعميم ومن ثَم الاستمرار لفترة طويلة الأمد وذلك من خلال تصوير الكثير من النماذج في مجموعة متنوعة من المواقف ، وبالإضافة إلى ذلك فإن عمل نماذج باستخدام شرائط الفيديو يتضمن تكلفة منخفضة لتدريب الأفراد عندما يتم استخدام هذه النماذج في مجموعات تؤدى إلى الانتشار أو البث على نطاق واسع .

ويُعد عمل نماذج على شرائط فيديو طريقة علاجية يتم فيها استخدام

مجموعة كبيرة من الصور الوصفية الموجزة التي تبين الوالدين والأطفال من أعمار وثقافات وخلفيات اجتماعية واقتصادية مختلفة ، ويتم فيهـا مـشاهدة الوالدين وهم يتعاملون ويتفاعلون مع أطفالهم في مواقف طبيعيـة كأوقـات تناول الوجبات الغذائية ، وارتداء الأطفال لملابسهم ، والتدريب على استخدام المرحاض ، والتعامل مع غضب وعصيان الطفل ، وأوقات اللعب ، ومشاهد الوالدين وهم يتعاملون بطريقة صحيحة ، وكذلك وهـم يتعـاملون بطريقـة خاطئة ، والهدف من عرض الأمثلة السلبية والأمثلة الايجابية هو التحقق من فكرة الأسلوب الوالدي الكامل أو التام ولتوضيح كيفية تعلـم الوالـدين مـن أخطائهم ، وهنا تستخدم شرائط الفيديو كعامل مساعد للحث علـى المناقـشة الجماعية وحل المشكلات ، ويعمل المعالج في نفس الوقت على التأكيد على أن المناقشة تتناول الموضوع المقصود وتنبه الوالـدين لـذلك ، والمناقـشة الجماعية التي يقودها المعالج مستخدماً عمل نماذج على شريط فيـديو هـي أفضل من المناقشة الجماعية التي يقودها المعالج والتي لا يستخدم فيها شريط الفيديو .

وعند عرض صورة وصفية على شريط فيديو يقوم المعـالج بإيقـاف الشريط ليعطى الوالدين الفرصة لمناقشة ما تمت ملاحظته ، وأحياناً يكـون بعض أفراد المجموعة غير متأكدين بشأن ما إذا كان الأسلوب الوالدي الذي شاهدوه ملائم أم لا ، وبالتالي يقوم المعالج بطرح أسئلة مفتوحة الطرف مثل ما رأيك في الأسلوب الوالدي في هذا الموقف ؟ أو ما شعورك إذا قام طفلك بعمل ذلك ؟ (ويحتوى دليل المعالج على الأسئلة المفتوحـة وموضـوعات المناقشة) ، وإذا كان المشتركون لا يفهمون موضوعات معينة عن التفاعل بين الوالدين والطفل أو إذا فاتهم جزء مهم من الصورة الوصفية يقوم المعالج بإعادة تشغيل الشريط ويسمح للمجموعة أن تـشاهد المـشهد مـن جديـد ،

والهدف من ذلك هو السماح للوالدين بأن يفهموا المقصود ولجعلهم يشتركون بدرجة فعالة في حل المشكلات ، ويستطيع المعالج أن يسهل تكامل المفاهيم عن طريق طرح أسئلة تتعلق بإمكانية تطبيق المفاهيم الموضحة في الصور الوصفية على مواقف الوالدين ، فعلى سبيل المثال هناك أم قامت بعمل التعليقات الكلامية التالية بعد مشاهدتها لجزء من الصور أو المشاهد الوصفية .

الأم : ليس لدى أي لعب في البيت ، ولا أستطيع شراء اللعب التي شاهدتها على شرائط الفيديو نظراً لظروفي المالية الصعبة .

المعالج : حتى لو كان معك المال فليس من المهم أن تشتري لعباً غالية الثمن ، ففي الواقع هناك بعض الأشياء البسيطة والرخيصة مثل علب البلاستيك ، والأواني الفارغة ، والمكرونة الجافة ، والخيط ، لماذا لا تفكرين بجدية وتخرجي ببعض الأفكار من هذه الأشياء الرخيصة وتستخدميها للعب مع طفلك في البيت .

ويوضح التفاعل بين المعالج والأم أهمية التعاون مع الوالدين للتأكد من أن المفاهيم التي تم عرضها في شرائط الفيديو تتعلق بوضعهم الثقافي وبوضعهم الاجتماعي الاقتصادي .

الأشياء التي يجب على المعالج أن يفعلها ، والأشياء التي لا يجب أن يفعلها عند استخدام شرائط الفيديو :

١- قسم الصور الوصفية على الجلسة بأكملها .

٢- تجنب الانتظار حتى الجزء أو النصف الأخير من البرنامج لكي تعرض غالبية الصور الوصفية .

٣- اسمح بإجراء مناقشة عقب كل صورة وصفية ، وفي حالة وجود وقت كاف يمكنك أن تلقى الضوء بالتحدث عن كل صورة وصفية .

٤- لا تشغل الصور الوصفية كلها معاً بدون إجراء حوار أو مناقشة .

٥- اسمح بأن يعبر الوالدين عن انطباعاتهم الأولية ووجهات نظرهم قبل أن تقوم بالتحليل والتفسير .

٦- إذا كانت تفاعلات الوالدين تعبر عن انتقاد للسلوكيات المعروضة في الصور الوصفية ، قم بعمل توازن لمنظورهم عن طريق ملاحظة أو إظهار بعض المعالم الإيجابية لسلوكيات الوالدين (فإذا سمحت لمجموعة أن تستمر في أن تكون انتقاداتهم سلبية أكثر من اللازم فقد يشعر الوالدين بأنك تنتقد أخطائهم) .

٧- تذكر أن تقوم بعمل نموذج لمنظور واقعي للأسلوب الوالدي .

لعب الأدوار والتدريب على ذلك :

يُعد لعب الأدوار والتدريب أو إجراء البروفات للتدريب على السلوكيات غير المألوفة أو السلوكيات التي تم اكتسابها إحدى المكونات الشائعة جداً في برامج تدريب الوالدين ، ولقد اتضح أن ذلك فعالاً تماماً في إحداث تغييرات سلوكية ، فلعب الأدوار يساعد الوالدين على أن يتوقعوا المواقف بطريقة أوضح ووضع النتائج الممكنة في أسلوب درامي أو مسرحي ، ويفضل القيام بلعب الأدوار من ثلاث إلى أربع مرات على الأقل كل جلسة ، ومع ذلك يشعر بعض الآباء بعدم الكفاءة بخصوص سلوكهم الوالدي ، وبالتالي فقد يترددون في القيام بلعب الأدوار ، وبالإضافة إلى تقديم المبرر أو السبب العقلاني الواضح لإجراء لعب الأدوار فلقد وُجد أنه من الأفضل أن يقوم المعالج بعمل لعب الأدوار أولاً وذلك لتقليل القلق والخجل عند الوالدين ، ويساعد ذلك أيضاً في جعل لعب الأدوار يتسم بالمرح والفكاهة من خلال المبالغة ، فعلى سبيل المثال يقوم المعالج بلعب دور يتمثل في خروج الوالد من الحجرة والصياح من بعد أو من مسافة ، وينادى على

الطفل لكي يضع اللعب جانباً أي يترك لعبه ، وهذا يزيد عادة من الضحكات الخافتة للتعرف على الموقف وذلك لأنه لا توجد أي دلالات أو مؤشرات للوالد / الوالدة يستطيع من خلالها أن يعرف إذا كان الطفل يمتثل أو لا يمتثل أو ما إذا كان الطفل قد تعرف على أو استوعب الأمر .

وبعد أن ينتهي المعالج من القيام بلعب الأدوار يتم تقسيم مجموعة الوالدين إلى ثنائيات لممارسة مهارات معينة مثل اللعب ، والمدح ، وحل المشكلات ، ومن المفيد أن نقدم التعليمات للوالدين ثم متابعة طريقة أداء أو عمل الوالدين ، ومحاولة تحسينها بعد ذلك باستخدام الطرق أو الاستراتيجيات الموجبة ، وبعد ذلك يصبح الوالدين غير قلقين عند القيام بلعب الأدوار أمام المجموعة بأكملها ، فعلى سبيل المثال عند استخدام طريقة لعب الأدوار لتمثيل التايم أوت (الحرمان المؤقت) مع طفل يصعب التعامل معه ففي هذه الحالة يقوم أحد الوالدين بتمثيل دور الطفل ، ويقوم والد آخر بتمثيل دور والد هذا الطفل ، ومن المفيد أن نحدد إطار لعب الأدوار ونطرح على المجموعة أسئلة مثل ماذا ينبغي أن نفعل الآن؟ أو لماذا يتصرف الطفل بهذه الطريقة ؟ ، ويمكن أيضاً أن يكون لعب الأدوار مفيداً في حالة الوالد أو الوالدة الذي يسهب في الحديث والذي يريد أن يصف بالتفصيل بعض المواقف التي تحدث في البيت ، ويمكننا أن نختصر المناقشة ونوضح المشكلة عن طريق طرح السؤال التالي: لماذا لا تقوم بدور الطفل أو الوالد وتبين أو تعرض لنا ما يحدث بالضبط ، وهذا يسمح لنا بأن نلعب أدوار لاستجابات أو ردود أفعال بديلة يستخدمها الوالد في البيت ، ويوضح التقييم الأسبوعي أن الوالدين يرون أن لعب الأدوار مفيداً تماماً ، وعادة يكون المعالج هو الأكثر مقاومة لفكرة القيام بلعب الأدوار ؛ حيث إن لعب الأدوار يتطلب من المعالج أن يسمح لنفسه بأن يخاطر وأن يكون مازحاً ومحباً للعب

وأن يقلل من السيطرة ، وكما يتضح لنا من وصف محتوى البرنامج ففي كل جلسة هناك واجب منزلي ، ويحتاج الوالدين أن يفهموا الغرض من هذه الواجبات ، وينبغي تقديمها كجزء لا يتجزأ من عملية التعلم .

وتساعد الواجبات المنزلية في نقل ما تم التحدث عنه أو مناقشته في الجلسات الجماعية وتطبيقه على الحياة الواقعية أو الحقيقية في البيت ، وتساعد أيضاً الواجبات على أن تكون بمثابة الدافع للمناقشة في الجلسات التالية ، وعلاوة على ذلك فإن عمل الواجبات ينقل رسالة هامة جداً بأن الجلوس بطريقة سلبية في المجموعة ليس عملاً جيداً بل يجب على الوالدين أن يتعاونوا مع المعالج من خلال العمل في البيت لإجراء أو إحداث تغيرات ويوزع على الوالدين كتاب بعنوان السنوات الصعبة The Incredible Years كجزء من مواد التدريب. (ويبستر- ستراتون Webster-Stratton ، ١٩٩٢) وفي كل أسبوع يطلب منهم أن يقرءوا فصلاً من هذا الكتاب للاستعداد للجلسة التالية ، وبالنسبة للوالدين الذين لا يستطيعون القراءة (الأميين) يقدم لهم شرائط سمعية مسجل عليها محتويات الكتاب ، وبالإضافة إلى الواجبات الخاصة بالقراءة ، فالواجب المنزلي يتضمن عادة الطلب من الوالدين بأن يقوموا بعمل بعض الملاحظات للسلوك أو تسجيل الأفكار التي تحدث في البيت ويجربون استراتيجيه معينة لممارسة الأسلوب الوالدي الصحيح ، وفي بداية كل جلسة يقوم المعالج بسؤال الوالدين أن يشاركوا بتجاربهم في الواجبات المنزلية والقراءة التي تمت خلال الأسبوع ، وهذا يساعد المعالج في أن يرى إلى أي مدى يستخدم الوالدين مواد التدريب في حياتهم اليومية ، ومن المحتمل بدرجة أكبر أن يقوم الأهل بعمل هذه الواجبات المنزلية بجدية إذا عرفوا أن المعالج سيبدأ كل جلسة بمراجعة الواجب المنزلي الخاص بالجلسة السابقة ، وعندما يتساءل أحد الوالدين عن

فائدة أو جدوى الواجب المنزلي ، فينبغي أن يتم الكشف عن ذلك في الحال ، وذلك بروح تعاونية ، فعلى سبيل المثال فالأم أو الأب الذي يرعى أو يهتم بالأسرة بمفرده ويعول أربعة أطفال يقول أو تقول أنني غير قادر أن ألعب لمدة ربع ساعة كل يوم مع كل طفل ، ويرد المعالج قائلاً : أتخيل أن بالكاد لديك دقيقتين تخصصهما لنفسك طوال اليوم فما بالك بربع ساعة تقضيها مع كل طفل من أطفالك ، دعنا نتحدث عن الطرق لممارسة مهارات اللعب مع الأطفال في نفس الوقت أو هل يكون من الممكن أن تلعب لفترات قصيرة لمدة دقيقتين أو ثلاث دقائق خلال اليوم ؟ أو هل هناك أوقات أخرى عندما يكون لديك طفل واحد او طفلين في البيت ؟ ، وإذا لم يستمر المعالج في مناقشة هذا الموضوع فقد يستنتج الوالدين أن المعالج لا يلتزم فى الحقيقة بهذه الواجبات أو لا يريد في الحقيقة أن يفهم الظروف الخاصة بهم ، وعلى نفس المنوال أو بالمثل ، فعندما يفشل الوالدان في تكملة الواجب الخاص بالجلسة السابقة ، ينبغي على المعالج أن يبحث هذه المشكلة من خلال طرح أسئلة مثل : ما الذي جعل من الصعب عليك أن تقوم بعمل الواجب المنزلي ؟ ، وكيف تغلبت على هذه المشكلة في الماضي ؟ ، وما النصيحة التي توجهها لشخص آخر لديه هذه المشكلة ؟ ، وما الذي تستطيع أن تقوم به لكي يكون من السهل عليك أن تكمل الواجب المنزلي هذا الأسبوع ؟ وهل تعتقد أن هناك واجب آخر قد يكون أكثر فائدة لك ؟ ، ويقوم المعالجون بمراجعة الواجبات المنزلية كل أسبوع ويقدمون للوالدين تغذية رجعية شخصية مكتوبة بالإضافة إلى ستيكرات جذابة وشيكولاته وأفلام كارتون ، وكروت توضع في ملفاتهم للإشادة بالإنجاز الخاص بهم ، وفي كل أسبوع عندما يصل الوالد أو الوالدة إلى المجموعة يضعون في ملفاتهم الخاصة واجب الأسبوع ، ويختارون تعليقات المعالجين عن واجب الأسبوع الماضي ، ويتأكدون من

تمكنهم من أداء الواجب المنزلي أم لا ، وهذه الملفات أو الحافظات الفردية تُعد قناة للاتصال بالمعالج ، كما تُعد أيضاً أداة لتوصيل الأسئلة والتعليقات التي لا يريد الوالدين أن يشاركوا فيها مع المجموعة بأكملها .

التقييمات الأسبوعية :

يتم تقييم كل جلسة أسبوعية بجعل الوالدين يكملوا استمارة عن التقييم الأسبوعي ، وهذا يعطى للمعالجين تغذية مرتدة فورية عن كيفية استجابة الوالدين لأسلوب المعالج والمناقشات الجماعية والمحتوى الذي تم تقديمه في الجلسة ، وعندما يكون أحد الوالدين غير راضٍ أو لديه مشكلة في فهم مفهوم من المفاهيم فربما يستدعيه المعالج لحل هذه القضية وإذا كانت المشكلة أو الصعوبة يشترك فيها أفراد آخرين في المجموعة ، فإن المعالج يتناول هذه المشكلة ويعالجها في جلسة تالية .

المكالمات التليفونية وجلسات المتابعة :

يراجع المعالج الوالدين كل أسبوعين عن طريق المكالمات التليفونية ويسألهم كيف تسير الأمور ، وما إذا كان لديهم أي صعوبة أو مشكلة في الواجبات المنزلية ، وهذه المكالمات التليفونية تسمح للوالدين وللمعالجين أن يعرفوا بعضهم البعض خارج المجموعة ويكون ذلك مفيداً بدرجة خاصة في حالة الأهل المترددين في المشاركة في المناقشات الجماعية بالإضافة إلى أنها تكشف عن أو تبين مدى فهم الوالدين للمواد التي يتم تقديمها في المجموعة ، ويوصى بإجراء مكالمة فردية لأي والد أو والدة لديه تقييمين محايدين أو سلبيين أسبوعياً في أي جانب من جوانب البرنامج لكي يعرف الأهل أن المعالج يهتم بالقضايا التي تم توضيحها في التقييمات وأنه سيحاول أن يلتقي بهذا الوالد أو هذه الوالدة لمعرفة احتياجاته ، وعندما يتغيب أحد الوالدين عن جلسة من الجلسات يقوم المعالج بالاتصال به أو بها لكي يعرف

أن المعالج مهتم بمشاركته أو مشاركتها ، وأنه يتحقق من الانتظام في حضور البرنامج بجدية ، وذلك أيضاً يعطي للمعالج الفرصة لمساعدة الوالدين أو الأهل لتعويض ما فاتهم من جلسات وأن يعملوا الواجبات قبل الجلسة التالية .

عملية تدريب الوالدين :

تدريب الوالدين كعملية تعاونية :

هناك العديد من البرامج التي تتضمن التدخلات العلاجية للوالدين ، وكل برنامج من هذه البرامج له مجموعة من الافتراضات بشأن أسباب المشكلات الأسرية ، ودور المعالج ، وطبيعة العلاقة بين الوالد والمعالج ، ومستوى المسئولية المفترض وجوده عند الوالد والمعالج ، وما تشترك فيه هذه البرامج هو أنه في معظم برامج تدريب الوالدين يكون النموذج في تسلسل هرمي : فدور المعالج هو دور الخبير الذي يعتبر مسئولاً عن كشف أو توضيح وتفسير التجارب الماضية والديناميات الأسرية ، ويتمثل دور الوالد في أنه متلقي سلبي بدرجة نسبية لهدف ونصائح المعالج ، ويعتبر سوء سلوك الطفل دليلاً على أن الأهل غير قادرين على القيام بالتربية الفعالة للطفل ، ويكون دور المعالج هنا هو تشخيص وإصلاح هذا العجز الموجود لدى الوالدين .

وعلى العكس فإن النموذج التدريبي للعمل مع الأسر هو نموذج نشط وفعال وتعاوني ، ففي العلاقة التعاونية فإن المعالج لا ينظر إلى نفسه على أنه خبير يقدم النصائح للوالدين عن كيفية التربية الفعالة ، فالمعنى الجوهري هنا هو العمل معاً ، فالتعاون يدل على وجود علاقة متبادلة لمعرفة نواحي القوة لدى المعالج والوالدين ووجهات نظر الطرفين ، فالنموذج التعاوني لتدريب الوالدين يبتعد عن اللوم وعن التسلسل الهرمي .

ويتبادر إلى الذهن سؤال مهم هو هل المعالج التعاوني يضطر إلى أن يتخلى عن خبرته الفنية ؟ إن الحال ليس كذلك على الإطلاق ، ومع ذلك فإن نموذج التدريب التعاوني يعترف بأن الخبرة الفنية ليست هي الخاصية الوحيدة للمعالج ، فالأهل يعملون كخبراء فيما يتعلق بطفلهم وبأسرتهم الخاصة وبمجتمعهم ويعمل المعالج كخبير فيما يتعلق بنمو الطفل وبديناميات الأسرة بوجه عام ، وفيما يتعلق بمبادئ ضبط أو علاج السلوك فالمعالج التعاوني يعمل مع الوالدين بطريقة نشطة وفعالة ويستخرج أفكارهم ومشاعرهم ، ويفهم سياقهم التعاوني ويجعلهم يشتركون في العملية العلاجية بدعوتهم للمشاركة بخبراتهم وتجاربهم ، ويناقش أفكارهم ويجعلهم يشتركون في حل المشكلات ، ويوحي التعاون بالمشاركة الفعالة من جانب الوالدين في وضع أو تحديد الأهداف وإعداد جدول الأعمال الخاص بهذه الأهداف والتدخلات العلاجية التي تعمل على تحقيق هذه الأهداف ، ويتضمن التعاون أيضاً أن يقوم الوالدين بتقييم كل جلسة وهنا يعتبر المعالج مسئولاً عن تغيير أو تعديل التدخل العلاجي استجابة لهذه التقييمات .

وهناك جانب آخر في عمل المعالج التعاوني وهو العمل مع الوالدين لتعديل المفاهيم والمهارات بحيث تتناسب مع الظروف الخاصة بهؤلاء الأهل ، وبطبع ومزاج طفلهم ، فالوالدين الذين يعيشا في حجرة واحدة لا يكون لديهم مكان مناسب للترفيه والاسترخاء ، والوالدين الذين يعيشون في شقة ضيقة يكونا حساسين بدرجة شديدة للتفاعلات أو ردود الأفعال المحتملة من جانب الجيران عندما يحاول الوالد أو الوالدة أن يتجاهل صرخات الطفل وهنا نجد سبب وجيه بأن يقاوم الوالدان استخدام أسلوب التجاهل ، فهؤلاء الأهل قد يقدمون الاعتراضات بشأن ذلك ومن الممكن أن يتعارض ذلك مع وجهة نظر المعالج باستخدام أسلوب التجاهل ، وعلى العكس من ذلك فإن

المعالج التعاوني يعمل وفق الافتراض الذي يقضي بأن الوالدين لديهم أسباب شرعية لمقاومة هذا الجانب في التدريب ، وسيحاول أن يفهم الظروف المعيشية الأخرى لكل أسرة ، ويجعل الوالدين يشتركون في حل المشكلة لكي تتفق هذه المفاهيم مع موقفهم الخاص .

والأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لا يستطيعون الجلوس بهدوء واللعب بانتباه مع والديهم لفترات طويلة ومثل هؤلاء الأطفال يكون لديهم أيضاً صعوبة أكبر في الجلوس أثناء التايم أوت (الحرمان المؤقت أو الحرمان من الأنشطة الترفيهية) وذلك بدرجة أكبر مما في حالة الأطفال الأقل نشاطاً أو حركة ، وهناك أطفال آخرون لا يستجيبون على نحو خاص لبرامج المكافأة الملموسة أو المادية ، وينبغي على المعالجين أن يكونوا حساسين بهذه الفروق في طباع أو أمزجة الأطفال حتى يستطيعون التعاون مع الوالدين في تحديد الطرق التي ستنجح معهم ومع طفلهم .

وتعتبر الطريقة غير التعاونية طريقة تعليمية لا تدعو إلى المشاركة والتعاون ؛ حيث يقوم المعالج بإلقاء محاضرة ، ويقوم الوالدين بالاستماع ، ويقوم المعالج غير التعاوني بتقديم المبادئ والمهارات للوالدين فيما يتعلق بالوصفات الخاصة بالطرق الناجحة للتعامل مع أطفالهم ، وتكون الواجبات المنزلية جامدة ، وتعطى بدون النظر إلى الظروف الخاصة للأسرة ، ويجب عدم استخدام هذه الطريقة لأنها من ناحية تُعد طريقة غير ناجحة لأنها تؤدى إلى التناقض والاستمرارية الرديئة على المدى الطويل ، وعلاوة على ذلك فهي لا تتناسب مع طبع أو مزاج الطفل ويعتبر ذلك مهماً بدرجة خاصة حينما تكون هناك فروق أو اختلافات ثقافية بين المعالج وبين المجموعة ، وحينما تكون الافتراضات التي يثيرها أو يقدمها المعالج من وجهة نظره لا

تنطبق أو يصعب تطبيقها ، ويتضمن النموذج التعاوني قيام المعالج بتحفيز الوالدين على إيجاد حلول للمشكلات تقوم على خبرتهم وتجاربهم مع الطفل ، وتقوم أيضاً على الخلفية الثقافية للأسرة ، والطبقة الاجتماعية التي تنتمي إليها ، وعندما يقدم الوالدين حلولاً مناسبة يتمكن المعالج من أن يعزز ويوسع هذه الأفكار ، ومن خلال بناء علاقة لا تقوم على السلطة بل تقوم على المودة والفهم.يستطيع المعالج أن يخلق جواً يتسم بالثقة ويجعل المجموعة مكاناً آمناً للوالدين يكشفون فيه عن مشكلاتهم ، ويكون المعالج التعاوني مستمعاً جيداً ويستخدم الأسئلة المفتوحة الطرف عند استكشافه للقضايا والمشكلات ؛ لأن هذا النوع من الأسئلة من شأنه أن يعمل على إيجاد المناقشات والتعاون ، وعليه أن يشجع المناقشة والمناظرة ووجهات النظر البديلة ، ويتعامل مع جميع الآراء أو وجهات النظر باحترام .

تدريب الوالدين كتفويض أو منح السلطة :

تُعد الشراكة أو التعاون بين الوالدين وبين معالج المجموعة ذات أثر كبير في استعادة الاحترام وضبط الذات من جانب الوالدين الذين يكونون عُرضة لنقص الثقة في النفس وعرضة لمشاعر التوتر والشعور بالذنب وإلقاء اللوم على الذات ، وتزيد الطريقة التعاونية من ثقة الوالدين ، ومن إدراكهم للكفاءة الذاتية بدرجة أكبر من الطرق العلاجية الأخرى ، والهدف الأساسي للتدخل العلاجي التعاوني هو منح السلطة أو التفويض للوالدين حتى يشعروا بالثقة بشأن مهاراتهم ومقدرتهم على الاستجابة للمواقف الجديدة التي قد تنشأ عندما لا يكون المعالج متواجداً لمساعدتهم وأطلق باندورا Bandura على هذه الاستراتيجية تقوية توقعات الكفاءة لدى العميل بمعنى أن الوالدين يكون لديهم اعتقاد بأنهم بإمكانهم أن يغيروا بنجاح سلوكياتهم وسلوكيات أطفالهم ، والكفاءة الذاتية أو فاعلية الذات Self - Efficacy هي المتغير الذي

يتدخل أو يتوسط بين المعرفة وبين السلوك ؛ ولذا فإن الوالدين الذين لديهم كفاءة أو فاعلية ذاتية عالية يستمرون في المهام والواجبات حتى يحققوا النجاح ، وتوضح نتائج الدراسات أن الناس الذين حددوا أولوياتهم وأهدافهم يكونون أكثر احتمالاً أن يواصلوا ويثابروا في مواجهة المصاعب ويكونون أقل احتمالاً في إظهار النتائج أو التأثيرات المسببة للإنعصاب والتوتر ، وعلاوة على ذلك فمن المحتمل أن يزيد هذا النموذج من اشتراك الوالدين في التدخل العلاجي ، وتوحي البحوث أو تقترح بأن العملية التعاونية لها العديد من المزايا من حيث زيادة الدافعية أو التحفيز والالتزام ، وتقليل المقاومة وزيادة التعميم وإعطاء الوالدين والمعالج نصيباً مشتركاً في نتيجة التدخل العلاجي ، ومن ناحية أخرى فإن الطرق المسيطرة والهرمية للعلاج التي يقوم فيها المعالج بتحليل وتفسير واتخاذ القرارات للوالدين بدون إدخال أو دمج معطياتهم أو مدخلاتهم ربما تؤدى إلى مستوى منخفض من الالتزام والاعتماد أو التبعية ، ومستوى منخفض في الكفاءة الذاتية والمقاومة الذاتية (وبستر – ستراتون وهانكوك Webster-Stratton & Hancock ، ١٩٩٨) وفي الواقع فإذا لم يقدم للوالدين فرص مناسبة أو ملائمة للمشاركة فقد لا يروا أي بديل أو خيار آخر إلا أن ينسحبوا من البرنامج أو يقاوموا التدخل العلاجي كوسيلة لتأكيد سيطرتهم على العملية العلاجية .

وموجز القول فإن النتيجة الأساسية للتدريب التعاوني للوالدين هي منح السلطة للوالدين بتقوية معرفتهم وثقتهم بأنفسهم واستقلالهم الذاتي ، وبدلاً من الاعتماد على المعالج ، ومن ثم الإحساس بعدم الكفاءة أو النقص أو العجز ، ونظراً لأننا نريد للوالدين أن يتبعوا طريقة تعاونية تتسم بالمشاركة في التعامل مع أطفالهم ، فمن المهم جداً أن نستخدم هذه الطريقة معهم في برنامج تدريب الوالدين أي عمل نماذج معهم عن أسلوب العلاقة التي .

يرغبون أن يستخدموه مع أطفالهم .

مجموعات تدريب الوالدين كنظم للدعم أو المساندة :

من الأمور المتنازع عليها أو المثيرة للمناقشة هو ما إذا كان هناك معايير يمكن تمييزها بوضوح للاختيار بين التدخل العلاجي الفردي والتدريب الجماعي ، وأوضحت نتائج التدخل مع الأسر المتواجدة في العيادات أن التدريب الجماعي الذي يعتمد على النماذج باستخدام شرائط الفيديو يكون فعالاً من الناحية العلاجية بنفس القدر في حالة التدخل العلاجي الفردي ، وبصرف النظر عن الفوائد الاقتصادية الواضحة التي تتعلق بالتكلفة والعائد هناك فائدة أخرى أكثر أهمية في حالة الأمهات المنعزلات اجتماعياً واللاتي يتلقين المساندة ولديهن عدد قليل من الصداقات ودخلهن المادي محدود ومن ثم يشعرن بالنبذ في علاقاتهن مع أقاربهن ومع الأخصائيين الاجتماعيين ومع المتابعين لحالتهن ومع شركائهن في الحياة ومع الأصدقاء ، ويمكن أن تصبح مجموعات الوالدين بيئة مساندة تقلل من عزلتهن وتعطيهن مصادر جديدة للمساندة أو التأييد (وبستر – ستراتون وهانكوك Webster- Stratton & Hancock ، ١٩٩٨) .

ومعظم الآباء الذين تم تناولهم في العديد من الدراسات كانوا مترددين في البداية في الاشتراك في المجموعات مفضلين خصوصية الإرشاد الفردي ، ومع ذلك عقب الانتهاء من التدريب ذكر ٨٧,٧% منهم أن المناقشة الجماعية كانت مفيدة جداً في حل مشكلاتهم ، وعبر الكثير منهم عن استحسانهم وتقديرهم لبعضهم البعض ، وتشجيع بعضهم على النجاحات التي حققوها في معالجة المشكلات الصعبة وانعكس ذلك كله على التوافق مع أطفالهم ، كما انخفضت مشاعر العزلة والمشاعر المتعلقة بالشعور بالذنب ، ومن خلال هذه المشاركة للمشاعر والتجارب والخبرات تم اكتشاف الأشياء

المشتركة بينهم ، وانخفضت مشاعرهم بالعزلة ، وتمت تقوية أو زيادة سلطة الوالدين من خلال معرفتهم بأنهم ليسوا بمفردهم في مواجهة مشكلاتهم ، وأن الكثير من مشكلاتهم تعتبر عادية ، وهذا الإحساس بمشاركة الجماعة زاد من اشتراك الوالدين في البرنامج (ماثيوس ولوكمان Matthys & Lochman ، ٢٠١٠) .

وإحدى الطرق التي من خلالها يتم مساعدة أفراد المجموعة كانت تخصيص صديق لكل والد في الجلسة التالية ، وطلب من هؤلاء الأصدقاء أن يتصلوا ببعضهم البعض خلال الأسبوع للمشاركة في كيفية أداء الواجب المنزلي (على سبيل المثال المدح ووضع الحدود) ، وكان يتم تخصيص أصدقاء جدد كل بضعة أسابيع خلال فترة البرنامج ، وكان الوالدان مترددين في البداية بشأن إجراء هذه المكالمات أو الاتصالات ، وعندما جربوا الإحساس بالمساندة التي تلقونها من هذه المحادثات التليفونية عبروا عن رغبتهم في الاستمرار في هذه الاتصالات ، وأعرب كثير من الآباء عن أن ذلك كان أول مرة بالنسبة لهم يتحدثون فيها عن الأسلوب الوالدي في التربية مع أب آخر ، وإذا تخلف أحدهم عن جلسة يقوم الصديق بالاتصال به ليخبره بأنهم افتقدوه في هذه الجلسة ، ويخبره عن المواد والواجبات التي تسلمها خلال الأسبوع (وبستر – ستراتون وهانكوك Webster-Stratton & Hancock ، ١٩٩٨) .

بناء المساندة للوالدين خارج المجموعة :

يؤكد الوالدان غالباً على وجود صراعات أو نزاعات مع شركائهم حول كيفية معالجة مشكلات الطفل أو التعامل معها مما يؤدى إلى توتر العلاقة بينهم ، ولهذا فبالإضافة إلى بناء أو توفير نظام المساندة أو التأييد داخل مجموعة الوالدين أكد البرنامج أيضاً على بناء أو إيجاد المساندة داخل

الأسرة ، ويشجع البرنامج الوالدين علـــى أن يكون لهما صديق حميم أو فرد من الأسرة (مثل الجد) يشارك في البرنامج لتقـــديم المـــساندة أو التأييـــد المتبادل ، وأوضحت نتائج دراسات المتابعة أن الاحتمال الأكبر للانتكـــاس يحدث في الأسر التي يكون فيها شخص واحد فقط مـــشترك فـــي التـــدخل العلاجي ، وأثناء حضور مجموعات الوالدين تمت مساعدة الـــشركاء علـــى التعرف على الطرائق التي يستطيعون من خلالها مساندة بعـــضهم الـــبعض عندما يشعر فرد منهم بالإحباط أو التعب أو عدم القدرة علـــى المجاهـــدة أو التصرف (كيندال وكومر Kendall, & Comer ، ٢٠١٠) .

وتؤدي الطاقة المطلوبة لرعاية الأطفال بالإضافة إلى القيود المالية إلى أن يشعر الوالدين بالإجهاد الشديد جداً لدرجة أنهم لا يستطيعون أن يـــضعوا الخطط لقضاء الوقت مع بعضهما البعض أو مع أصدقاء آخرين ، ومع ذلك فالوقت الذي يتم قضاؤه بعيداً عن الطفل مع شريك أو صديق يجعل الوالدين يشعرون بالمساندة والتشجيع ، ويساعدهم أيضاً على اكتساب منظور جديـــد لكي يكونوا قادرين بدرجة أفضل على المجاهدة في تحسين سلوك الأطفال ، وأوضحت نتائج غالبية الدراسات التي أجريت في هذا الصدد أن الأمهـــات اللاتي يرعين الأطفال بمفردهن واللاتي لهن اتصالات مع أفـــراد آخـــرين خارج البيت يحققن نجاحاً أفضل بكثير في أسلوب تربية أطفالهن بدرجة أكبر من الأمهات اللاتي لا يوجد لديهن مثل هذه الاتصالات ، بينما تؤدى العزلة الاجتماعية إلى احتمال فشل التدخل العلاجي ، ويجب أن تتضمن الواجبـــات المنزلية عمل بعض الأنشطة التي تتعلق برعاية الذات ، ومـــن المفارقـــات العجيبة فإن نتيجة قضاء بعض الوقت بعيداً عن الطفل ، وقضاء هذا الوقـــت في أنشطة للرعاية الذاتية كان يمثل غالباً شعوراً بالمساندة والفهم من جانب شركائهم (كابلدي وإيدي Capaldi & Eddy ، ٢٠٠٩) .

استراتيجيات المعالج :

مؤهلات المعالج :

يمثل المعالجون في هذا البرنامج العديد من التخصصات الدراسية كالخدمة الاجتماعية ، والتربية وعلم النفس ، والطب النفسي ، وهؤلاء المعالجين أتموا درجة الماجستير أو درجة الدكتوراه في تخصصاتهم ومهنهم ولديهم خلفية قوية في مجالات نمو الطفل والإرشاد والعمل الكلينيكي مع الأسر ، وكفاءة المعالجين كقادة للمجموعة لا يتم تحديدها من خلال خلفيتهم التعليمية أو المهنية ، ولكن يتم تحديدها من خلال درجة الارتياح بإتباع العملية التعاونية وقدرتهم على زيادة الود والتقارب ، والقيام بدور يتسم بالصداقة مع الأسر بمعنى أن يكونوا بمثابة الصديق الذي يستمع ويطلب التوضيح ويتسم بالتأمل والتفكير العميق ولا يصدر أحكاماً متسرعة ويحاول أن يفهم ما يقوله الوالد وذلك من خلال المشاركة الوجدانية ويساعد في حل المشكلات ولا يأمر أو يعطى التعليمات أو يخبر الوالد كيف يقوم بأسلوب التربية والرعاية للأطفال ، وفي نفس الوقت يجب أن يكون المعالج قادراً أيضاً على القيادة والتعليم وأن يشرح المبادئ السلوكية ويقدم الأسباب أو المبررات العقلانية لهذه المبادئ السلوكية ، وأن يشجع الأسر لكي يرى وجهات نظر جديدة ، وأن يستنبط نواحي أو جوانب القوة لدى مجموعة الوالدين وأن يقدم حدوداً واضحة داخل المجموعة عند الضرورة .

التأييد أو المناصرة :

تساعد الطرق التي يستخدمها المعالج كالإفصاح عن الذات ، والمرح – أو الفكاهة ، والتعزيز الايجابي في تحقيق الغرض العام لبناء العلاقة المؤيدة أو المشجعة ، ويمكن للمعالج أيضاً أن يساند الوالدين بنشاط وفاعلية بالعمل كمناصر لهم أو مدافع عنهم ، ولاسيما في المواقف التي يصبح الاتصال

بالأخصائيين الآخرين صعباً ، ويمكن للمعالج أن يوفر للأسرة البرامج والموارد والأشخاص ، فعلى سبيل المثال يمكن للمساعد أن يرتب ويحضر الاجتماعات التي تعقد بين الوالدين وبين المعلمين حتى يستطيع مساعدتهم على توضيح وشرح مشكلات الطفل ، والاتفاق على الأهداف ووضع برامج ضبط السلوك التي تتوافق مع النواحي المتعلقة بالعيادة والبيت والمدرسة ، ولابد من التأكيد على أن الهدف النهائي لهذا الدور الخاص بالمناصرة أو التأييد هو لتقوية قدرة الوالدين أو الأهل على أن يؤيدوا أنفسهم وأطفالهم .

التعرف على أهداف المجموعة :

يطلب من الوالدين أن يقوموا بعرض بعض تجاربهم الشخصية مع أطفالهم ، وكذلك أهدافهم بالنسبة لبرامج التدريب ، وهذه الأهداف يتم وضعها على الحائط حتى يمكن الإشارة إليها خلال البرنامج ، وهذه المناقشة المبدئية أو الأولية تسفر عن وجود الود والتفاهم المباشر بين المجموعة ؛ حيث يدرك الوالدان بأنهم يواجهون مصاعب أو مشكلات متشابهة ويعملون من أجل تحقيق أهداف متشابهة ، وتكليف الأهل في كل مراحل التدريب (السلوكيات المستهدفة) بعمل واجبات منزلية ، وأن يكتبوا أو يدونوا أوجه سلوك الطفل التي يريدون أن تزداد أو تتناقص (على سبيل المثال الذهاب إلى الفراش في الساعة الثامنة مساءً ، وعدم المقاطعة عندما يتحدث شخص آخر في التليفون) تصبح الهدف للمناقشة الجماعية أو التفكير بعمق وجدية ، ويقوم المعالج في أوقات متعددة أثناء البرنامج بتجميع قائمة مركبة تتضمن السلوكيات التي يعمل على تحسينها الوالدان حتى يمكن لأفراد المجموعة أن يروا أوجه الشبه في قضاياهم ، وهذا يزيد ويحسن من الترابط المستمر بين المجموعة ، وكذلك الانتباه للأهداف الفردية ، ومن ثم زيادة التزام الوالدين أو الأهل بالبرنامج .

ضمان وجود الأمان للمجموعة :

إن إحدى الجوانب الصعبة جداً في دور المعالج هي منع تجربة المجموعة من أن تصبح تجربة سلبية ، وإذا قدر لذلك أن يحدث فإن التسرب من البرنامج يكون أكيداً ، ونتيجة لذلك فخلال الاجتماع الأول يطلب من أفراد المجموعة أن يعملوا على إيجاد القواعد التي من شأنها أن تساعدهم على أن يشعروا بالأمان والارتياح والقبول في المجموعة ، وهذه القواعد يتم الاحتفاظ بها وتكتب وتوضع أو تعلق على الحائط ليتم إضافة قواعد أخرى عليها أو للرجوع إليها إذا لزم الأمر خلال الجلسات الأسبوعية ، والأمثلة على ذلك تتضمن ما يلي :

أ- شخص واحد فقط هو الذي يتحدث في المرة الواحدة .

ب- يجب احترام أفكار كل فرد في المجموعة .

جـ- يحق لكل فرد في المجموعة التعبير عن رأيه .

د- لا يسمح بأي انتهاكات لهذه القواعد أو التقليل من شأن أي فرد .

هـ- الالتزام بالسرية داخل الحجرة .

وبعد تحديد القواعد يطلب من المجموعة أن تناقش أهمية هذه القواعد ، وبالنسبة للمجموعات التي يكون لديها قدرة لفظية كبيرة وتميل إلى الانحراف عن الموضوع الرئيسي من المفيد في بداية كل جلسة أن نختار أحد الوالدين ليعمل كمساعد للمعالج ، وتكون وظيفته أن يعمل كمراقب للوقت بمعنى أنه يجب أن يتأكد من أن جميع الصور الوصفية قد تم تناولها ، وأن يجعل المجموعة تستمر في التركيز على الموضوعات الرئيسية للجلسة وتوضح التقييمات أن الوالدين يصبحون محبطين ولا يشتركون في المناقشة إذا انحرفت عن مسارها الأصلي ، لذلك يجب التأكد من أن المناقشة تسير في مسارها الصحيح ، ومن المهم ألا ينتقد المعالج المشاركين أو يصاب

بالإحباط من جراء أو بسبب تعليقات بعض الأشخاص لأن ذلك يعتبر مصيدة أو فخاً للقهر قد جربه الكثير من الوالدين في الماضي وبدلاً من ذلـــك يقــوم المعالج بالبحث عن نقاط وثيقة الصلة بما قاله أحد الأشخاص ، ويقوم بتعزيز هذه النقاط ، وعن طريق القبول والدفء في العلاقة حتى تجـاه الوالــد أو الشخص الذي يكون عضواً مشاكساً أو يصعب التعامل معه في المجموعة ، فإن المعالج يقوم بعمل نماذج للقبول ويساعد أفراد المجموعة على أن يفهموا أن الهدف هو فهم واحترام كل فرد .

الشرح كإقناع :

يعتمد التغيير العلاجي على الإقناع ، وهذا يوحى بأن الوالدين يجـب إحاطتهم علماً بالمبرر العقلاني وراء كل مكون من مكونات البرنامج ، ومن المهم للمعالج أن يطرح أو يقدم شرحاً واضحاً يقوم على معلومات ومعرفـة صحيحة أو صادقة للجوانب المتعلقة بالنمو بالإضافة إلى الحكمــة والخبــرة والتجربة التي يتم تعلمها أو اكتسابها من خلال بذل الجهد في التعلم ، فمبادئ العلاج والأهداف والطرق لا يجب أن تحاط بالألغاز ، ولقد بينت البحوث أن فهم الوالدين لمبادئ التعلم الاجتماعي التي تبرز أهميــة برنــامج التــدريب للوالدين يؤدى إلى مزيد من التعميم والاستمرار في نتائج العلاج .

ومع ذلك فمن المهم أيضاً أن هذه الأسـباب أو المبــررات العقلانيــة والنظريات يجب تقديمها بطريقة يمكن للوالد أن يرى مــن خلالهــا وجــود ارتباط بأهدافه التي تم تحديدها ، فعلى سبيل المثال عند تقـديم أو عــرض السبب أو المبرر العقلاني للتفاعلات الموجهة إلى لعب الطفل ، يقوم المعالج بشرح كيف أن هذه الطريقة من شأنها أن تقوى تقدير الذات عنــد الطفــل ، وتزيد الكفاءة الاجتماعية ، ومن ثم النجاح في المدرسة ، وفي هذا المثال فإن تقديم السبب أو المبرر العقلاني يعتبر هاماً ليس فقط لأن الوالدين قد لا يرون

مباشرة أو في الحال الارتباط بين اللعب وبين أطفالهم ، كما يفيد اللعب أيضاً في أن يجعل الطفل أقل عدوانية ويساعد الوالدين في البحث في عدوانية طفلهم ، وإذا لم يفهم الوالدين السبب أو المبرر العقلاني لجلسات اللعب فقد يفقدون الرغبة في أن يقوموا بهذه الأنشطة في البيت .

إعادة وضع الأطر :

يعتمد التغير العلاجي على تقديم قصص توضيحية وتفسيرات بديلة تساعد الوالدين على إعادة تشكيل إدراكاتهم ومعتقداتهم بشأن طبيعة مشكلاتهم فإعادة وضع الأطر عن طريق المعالج أو إعادة التركيب المعرفي يعد أداة تفسيرية أو توضيحية قوية لمساعدة الوالدين على أن يفهموا تجاربهم ، ومن ثم زيادة التغيير في سلوكياتهم ، ويتضمن ذلك تغيير وجهة النظر للتجربة النفسية أو الإدراكية لدى الوالد أو الوالدة وذلك بوضع التجربة في إطار آخر يتناسب جيداً مع حقائق الموقف ، وأحد أنواع إعادة التشكيل الذي يستخدم بطريقة متكررة هو أن نأخذ مشكلة يعاني منها أحد الوالدين مع طفلهما ونعيد تشكيلها في ضوء نمو الطفل ، وإعادة تشكيل أو عمل إطار جديد لسلوك الطفل الذي يسبب مشكلات في ضوء الدافع النفسي أو الانفعالي كاختبار لأمان الحدود أو للتفاعل مع التخلي عن الاعتماد على الوالد أو الانتقال إلى الاستقلالية يساعد الوالدين على أن يروا السلوك على أنه ملائم أو سلوك عادى أو طبيعي ، وفي بعض الحالات يمكن أن يكون إيجابياً وإذا نظرنا إلى السلوك من هذه الناحية فإننا نجد أن السلوكيات المشينة أو التي تسبب مشكلات هي تعبير عن انفعالات عامة أو طبيعية أو تعبر عن المراحل الإنمائية أو المتعلقة بالنمو ، ورؤية الموقف على هذا النحو يجعل الأهل يفهموا أنهم يشاركون في عملية نمو الطفل ، وهذا الاتجاه يقوى أو يزيد من أساليب المجاهدة أو التصرف ويقلل من مشاعر الغضب والشعور بالعجز أو

قلة الحيلة ، ومن ثم تصبح النزاعات بين الوالدين والطفل أقل حدة وفي هذه الحالة يكون الأهل قادرين على أن يظلوا ملتزمين بالعمل الجاد لتربية ورعاية الطفل .

القضايا المولدة :

هناك استراتيجية أخرى تزيد من التزام الوالدين ، وتزيد وتحسن من المشاركة الوجدانية والترابط بين الوالدين والطفل ، وهذه الاستراتيجية تتمثل في مساعدة الوالدين على أن يروا الارتباطات بين تجاربهم الخاصة في مرحلة الطفولة (أو أثناء طفولتهم) وبين تجارب طفلهم ، فعندما يعترف الأهل بأوجه التشابه بين شخصياتهم وبين شخصية طفلهم يمكن أن يساعد المعالج الوالدين على أن يفهموا أن هذه التشابهات تؤدى إلى تفاعلات متصارعة لهم كوالدين ، ومع ذلك فهي تعطيهم أو تقدم لهم البصيرة البديهية فيما يتعلق بالاستراتيجيات الوالدية التي قد تكون مفيدة جداً مع طفلهم ، ويستطيع المعالج أيضاً أن يساعد الوالدين لكي يروا كيف أن تفاعلاتهم واستجاباتهم كوالدين تقوم على تجاربهم أو خبراتهم الخاصة بهم كأطفال (إما بتقليد أو بالتفاعل مع الأسلوب الوالدي الذي جربوه) ، وكيف أن هذه للتأثيرات ربما تخلق مقاومة للأساليب الوالدية البديلة ، ولذا فهناك مكان في النموذج التعاوني ينظر إلى ماضي الطفل وماضي الوالدين ، وهذه القصص غالباً تكون سلبية ومليئة بالألم والغضب والتقليل أو التحقير من الذات ، وكذلك الألم أو الندم ، وقد يكون من الضروري للمعالج أن يساعد الوالدين على أن يتخلصوا من هذه الأشباح لكي يستريحوا قبل أن يشاركوا بأنفسهم وعن طيب خاطر وبتفاؤل لمواجهة المشكلات الحالية والمستقبلية .

إعادة تشكيل النمط الأسري :

يكون الأهل شكاكين غالباً بشأن قدرتهم على التغيير ولاسيما إذا تغلب

النمط الأسرى على سلوكياتهم لأن الأنماط الأسرية تبدو محددة غالباً ولا يمكن الرجوع عنها أو تبديلها ، وبالتالي فالوظيفة الأخرى التي يقوم بها المعالج هي أن يواجه هذا الشك بتوقعات موجبة ، فعلى سبيل المثال يقول أحد الوالدين " إن والدي كان يضربني والآن أضرب أطفالي " ورداً على ذلك يقوم المعالج بالتعبير عن ثقته في قدرة الوالد أو الوالدة على كسر هذه الدائرة أو الحلقة الأسرية ، وكل خطوة نحو التغيير حتى خطوة مجئ الوالد أو الوالدة لبرنامج التدريب يمكن أن يشار إليها كدليل على أن المشكلة ليست محددة أو لا يمكن مقارنتها أو حلها ، ويجاهد المعالجون من أجل أن ينقلوا التفاؤل بشأن قدرة الوالدين على أن ينفذوا بنجاح الاستراتيجيات المطلوبة لإحداث تغييرات موجبة في أوجه سلوك طفلهم ، وطبقاً لآراء باندورا Bandura (١٩٨٩) فإن جميع الإجراءات أو الطرق السيكولوجية يتم توصيلها من خلال نظام للمعتقدات بشأن مستوى المهارة المطلوبة لإحداث تغيير ، ويضيف أن توقعات الكفاءة هي أهم مكون ، وبالتالي فإن العلاج الناجح يعتمد على القدرة المتوافرة لدى المعالج لتقوية توقعات الوالدين عن الكفاءة الشخصية بمعنى أن يقول الوالدين أو أحدهما أنني قادر على أن أفعل ذلك .

التعميم والمواقف السياقية :

التعميم هو القدرة على تطبيق مهارات معينة تم تعلمها أثناء التدريب على المواقف المماثلة أو المتشابهة الخاصة بالفرد ، والتعميم يمثل أيضاً القدرة على استخدام الحقائق المتعلقة بالاهتمامات الحالية ونقلها إلى المصاعب المستقبلية المتعلقة بالأسلوب الوالدي في التربية ، ويتم زيادة هذه القدرة عن طريق المناقشة ؛ حيث يتم تعريض الأفراد للكثير من المواقف الحياتية الأسرية والطرق الخاصة بحل المشكلات ، وهناك وسيلة أخرى

لزيادة التعميم تتم عن طريق حل المشكلات الجماعية ، فيقوم المعالج بتجميع قائمة من السلوكيات التي يريد الوالدين عدم تشجيعها أو التخلي عنها ، ويطلب من المجموعة أن تقدم أكبر قدر من الأفكار الممكنة للتعامل مع هذه السلوكيات وعلاجها ، ويمكن أن يزداد التعميم أيضاً بما يطلق عليه مصطلح " التدريب على المبادئ " وذلك بتوضيح أو جعل أحد أفراد المجموعة يذكر أو يوضح المبادئ الأساسية التي يمكن تطبيقها على مواقف متعددة ، ويمكن عمل قائمة لهذه المبادئ وكتابتها على ورقة كبيرة يمكن إحضارها في كل جلسة لتسهيل التطبيقات المستمرة للمبدأ ، ويتم اشتراك الوالدين في عملية نطلق عليها المواقف السياقية Contextualizing ، وفيها يطلب من الوالدين أن يحددوا الظروف الخاصة التي يجدون فيها صعوبة أو استحالة تطبيق ما تعلموه في التدريب ، وفي أغلب الأحيان يقوم الوالدين بتحديد الأوقات التي يحدث فيها التوتر والانعصاب بدرجة عالية خلال اليوم مثل أول ثلاثين دقيقة عندما يصلون إلى البيت ليلاً من العمل ، أو عندما يكونوا متأخرين عن موعد معين أو لديهم أقارب يزورونهم ، ويتم تشجيع الوالدين على أن يتعرفوا على هذه الفترات المحتملة ويقومون بوضع خطة استراتيجية للتعامل مع هذه المواقف ، وعندما يستطيع الوالدين الاحتفاظ بالسيطرة على هذه المواقف العصيبة يتم تشجيعهم على أن يتأملوا ويفكروا في ذلك وأن يشاركوا بطرح مثل هذه الأسئلة : ما الذي سهل لك أن تستمر في السيطرة والتحكم في مثل هذه المواقف العصيبة ؟ ، وكيف كنت تفكر في هذا الوقت ؟ وكيف قمت بذلك ؟ وهنا يكون هدف المعالج مساعدة الوالدين على التعرف على مهاراتهم الايجابية في المجاهدة أو التصرف (وبستر – ستراتون وهاموند Webster –Stratton & Hammond ، ١٩٩٧) .

الاستعداد للانتهاء والتنبؤ بالانتكاسات :

إن الاستعداد لنهاية برنامج تدريب الوالدين يكون على قدر كبير من

الأهمية ، وعادة يبدأ الآباء في إثارة القضية قبل نهاية التدريب بفترة تتراوح من ٤ إلى ٦ أسابيع ، وذلك لأنهم يشعرون بالقلق بشأن ما سيفعلونه عندما لا يتوافر لهم الدعم أو المساندة من جانب المجموعة ومن جانب المعالج ؛ لـذا يجب على المعالجين تهيئة الوالدين للانتكاسات التي لا مفـر منهـا خـلال برنامج التدريب وأيضاً بعد أن يكون البرنامج قد انتهي ، ويقترح الوالدان أن يتم الاتصال بوالد آخر في المجموعة لطلب النصيحة والمساندة أو الاتصال بمعالج المجموعة ، وطلب ممارسة تدريبات البرنامج في كتيب التدريبات من جديد ، ويبدءون بالمدح وفترات اللعـب ويحـددون المـشكلات الـسلوكية ويراجعون الأساليب أو التكنيكات التي قدمت لهم أثناء البرنامج للتعامل معها وترتيب قضاء بعض الوقت بعيداً عن الأطفال لكـي يجـددوا طـاقتهم وأن يركزوا على البدائل أو الخيارات الموجبة بـدلاً مـن أن يظلـوا يـشعرون بمشاعر الفشل والإحباط ، ويُطمئن المعالجون الوالدين بأن الانتكـاس أمـر طبيعي أو عادى ، ويجـب توقـع ذلـك وأهـم نقطـة هـي أن يطـوروا الاستراتيجيات لمقاومة هذه الانتكاسات حتى لا تضطرب الحياة الأسرية أكثر من اللازم .

الاستعداد على المدى الطويل :

يجب التفكير بجدية مع الوالدين بشأن كيفية استمرارهم فـي الـشعور بالمساندة بعد أن ينتهي البرنامج ، وهنا نقدم بعض الأفكار التي تساعد على استمرار شعور الوالدين بالمساندة :

- الاستمرار على الالتقاء أو الاجتماع كمجموعة لمساندة بعضهم البعض ، ويكون ذلك بمعدل مرة كل شهر .
- التعرف على آباء آخرين من المجموعة يكونوا على اسـتعداد للتعـاون والمساعدة ، وتحديد مكانٍ للالتقاء أو الاجتماع لمناقشة القضايا الوالديـة

التي تنشأ أو تثار من جديد .

- وصف بعض الملاحظات التي تساعد على إستخدام مفاهيم مثل مدح السلوك الجيد ، وتجاهل السلوك غير الملائم .
- مراجعة الملاحظات مع شريك أو صديق وذلك بواقع مرة كل أسبوعين .
- مكافأة النفس مرة كل أسبوع للعمل في المهارات الوالدية وذلك بالخروج للفسحة أو الذهاب إلى السينما .
- التخطيط للمناقشات الخاصة بالقضايا الوالدية مع أحد أفراد المجموعة بواقع مرة واحدة كل أسبوعين .
- التعزيز بالتحدث مع الآخرين على أنهم يقومون بعمل جيد أو أحسنوا أداء العمل .
- تخصيص بعض الوقت للاسترخاء وتجديد الطاقة ، وذلك بصفة يومية .
- الاعتراف بأنه من الطبيعي أن يرتكب الوالدين والأطفال بعض الأخطاء البسيطة .

والموضوع المستمر الذي يوضحه ويسهب فيه المعالج خلال برنامج التدريب هو أنه ليس من السهل أن تكون أباً أو أماً فذلك يعتبر تحدياً صعباً ، وأحد الأخطاء الشائعة جداً التي يرتكبها الكبار فيما يتعلق بالأطفال هو أنهم يقاومون السلوك المشين على المدى القصير (على سبيل المثال الأستسلام لنوبات غضب الطفل لكي يتوقف عن السلوك المشين أو غير المرغوب) على حساب النتائج الطويلة الأجل ، ونحن نؤكد أنه على الرغم من أن المهارات الوالدية في التعامل مع الأطفال الذين لديهم مشكلات سلوكية في هذا البرنامج تحتاج إلى تكرار مئات المرات وتتطلب الكثير من العمل ، فإن الفوائد أو المكاسب الطويلة الأمد تجعل ذلك يستحق الجهد المبذول فيه ، وهذه الفوائد تتمثل في مساعدة الطفل على أن يصبح واثقاً في نفسه ومبدعاً

وغير عنيفاً وفرداً سعيداً ، والهدف الأساسي هو تشجيع الوالدين على أن يكونوا صبورين مع أنفسهم وأن يلتزموا بنمو وتطور سلوك أطفالهم .

خاتمة :

فيما سبق تم وصف برنامج لتدريب الوالدين تم تصميمه للوقاية من وعلاج المشكلات السلوكية لدى الأطفال الصغار ، ولقد زودتنا نتائج البحوث بخطوط إرشادية أو معالم واضحة بشأن بعض العناصر الهامة جداً للبرامج الناجحة لتدريب الوالدين ، ومحتوى برنامج تدريب الوالدين يركز على الموضوعات أو القضايا السياقية والبينشخصية الأسرية بالإضافة إلى المهارات الوالدية الذاتية أو النوعية .

وينبغي أن تتضمن هذه البرامج مكونات معرفية ووجدانية وسلوكية ، وينبغي أن تقوم الطريقة على الأداء بما في ذلك الاستخدام المبدع أو الخلاق للعب الأدوار وعمل نماذج باستخدام شرائط الفيديو ، واستخدام التغذية المرتدة المباشرة ، وممارسة أداء أو القيام بعمل الواجبات المنزلية ، ويُعد الفن الإبداعي للتعاون مع الوالدين هو المفتاح لنجاح برامج تدريب الوالدين ، فيجب على المعالج أن يكون ماهراً بدرجة غير عادية في التعاون مع الأسر بطرق من شأنها أن تزيد وتحسن من ضبط الذات لدى الوالدين والإحساس بالكفاءة ، وبالإضافة إلى ذلك فبزيادة التعاون ليس فقط بين المعالج والوالدين بل أيضاً بين مجموعات الوالدين ومع معلميهم والأفراد الآخرين في المجتمع بهدف تقوية وعي الوالدين بالمساندة الهائلة التي يمكن تطويرها داخل أسرهم وكذلك داخل مجتمعاتهم .

الفصل الثاني عشر

الفصل الثاني عشر

مقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي

مقدمة :

يعد مصطلح السلوك الفوضوي أو السلوك التدميري أو السلوك المعرقل أو المعطل Disruptive Behavior أحد المفاهيم الحديثة في مجال الصحة النفسية ، وهذا المفهوم يتداخل مع السلوك العدواني وسلوك العنف ، وهناك العديد من الدراسات التي تناولت السلوك الفوضوي في إطار الفئات الخاصة باعتباره من المظاهر السلوكية الشائعة لدى هؤلاء الأفراد ، غير أن هذا لا يمنع من وجود كم من الدراسات التي تناولته مع العاديين وفي فئات عمرية مختلفة ، ويعمل السلوك الفوضوي على إثارة المشاكل والفوضى الأمر الذي يمثل تشويهاً لأشكال السلوك الاجتماعي ، ومصطلح السلوك الفوضوي لم يستخدم بشكل واسع في مجال الصحة النفسية حتى وقت قريب ، وذلك بنفس القدر الذي استخدمت فيه مفاهيم ومصطلحات متشابهة كالعدوان والغضب ... إلخ من المصطلحات التي تتشابه في الشكل وتختلف في المضمون وفي الآثار المترتبة عليها .

ويشير السلوك الفوضوي إلى مجموعة من الاستجابات التي تشترك في كونها تسبب اضطراباً في مجريات الأمور أو تحول دون تأدية شخص آخر لوظائفه بشكل أو بآخر، وفي غرفة الصف يشير السلوك الفوضوي إلى الاستجابات التي تؤثر سلبياً على العملية التعليمية (جرين وآخرون Green et al. ، ١٩٩٩) ، كما يتضمن السلوك الفوضوي مجموعة من الأعراض السلوكية منها التمرد والعصيان ، ومعارضة الكبار ، والنشاط الزائد

والتنمر ، والهروب من المدرسة ، والعدوان ، والكذب ، والعنف الجسدي ضد الآخرين ، والتخريب ، وعدم احترام الآخرين ، والاندفاعية ، وعدم الالتزام بالقواعد ، والسلوك العدواني (باري وآخرون .Barry et al ، ٢٠٠٥ ؛ بونتي وآخرون .Bunte et al ، ٢٠١٣) .

ويرى هيلجيلاند وآخرون .Helgeland et al (٢٠٠٥) أن السلوك الفوضوي يشير إلى مجموعة من الاستجابات التي تسبب إزعاجاً للآخرين أو تمنعهم عن تأدية وظائفهم بشكل أو بآخر وتتضمن هذه الاستجابات إيذاء الآخرين بالقول أو الفعل ، وانتهاك القواعد السائدة في المجتمع أو البيئة المحيطة بالفرد ، والانتقام من الآخرين ، والتخريب المتعمد ، والتهكم والسخرية ، والعناد والفوضى ، والعجز عن التوافق مع الآخرين ، وعدم الانصياع لأوامر وتعليمات الآخرين (الآباء والمعلمين) .

ويرى هارستاد وباربياريزي Harstad & Barbaresi (٢٠١١) أن مصطلح اضطراب السلوك الفوضوي يصف السلوك الفوضوي من الناحية الاجتماعية التي تكون أكثر إزعاجاً للآخرين من جانب الشخص الذي يبادر بهذا النوع من السلوك ، وتحدث السلوكيات الفوضوية على متوالية متصلة ، يوجد في أحد طرفيها مقاومة طبيعية وغضب شديد وهياج من الفرد الذي يعاني من الاضطراب ، وفي طرفها الآخر سلوكيات أكثر حدة وغير توافقية تستدعي تشخيصاً طبياً ؛ لذا فإنه من المهم بدرجة كبيرة جداً للمتخصصين في مجال الرعاية الصحية الأساسية للأطفال أن يكونوا على وعي شديد بحيث يتعاملون مع أي تحديات تتعلق بالسلوكيات الفوضوية ، ويتضمن الدليل التشخيصي

والإحصائي الرابـع المعدل للاضطرابات النفسـية Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-IV-TR) التشخيصات المدرجة تحـت بند اضطرابات السـلوك الفوضـوي وهـي اضـطراب العنـاد والتحـدي Oppositional Defiant Disorder (ODD) ، واضـطراب المسلك (CD) Conduct Disorder ، واضطراب السلوك الفوضوي غيـر المعـين أو غيـر المـصنف علـى أي نحـو آخـر Disruptive Behavior Disorder Not Otherwise Specified كما تم تضمين اضطراب نقص الانتبـاه المـصحوب بالنشاط الزائد Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) أيضاً في هذا النمط ، ونظراً لأن هذا الاضطراب حالة متزامنة الحدوث لدى ما يقرب من نصف الأطفال الذين لديهم اضطراب العناد والتحدي أو اضطراب المـسلك فإنه عند عرض اضطرابات السلوك الفوضوي يتم التركيـز علـى كـل مـن اضطراب العناد والتحدي ، واضطراب المسلك .

وتبدأ اضطرابات السلوك الفوضوي بصفة عامة في السـنوات الدراسـية بالمرحلة الابتدائية وتتطور قبل الدخول في مرحلة المراهقة ، ومع ذلك فبدايـة حدوث كل اضطراب تظهر داخل هذا المـدى العمـري والمعـدلات العاليـة لاضطراب العناد والتحدي والسلوك العدواني ، والسلوك الذي يتسم بعدم الامتثال في سنوات ما قبل سن دخول المدرسة تعتبر ثابتة إلى حد ما ، وتتنبأ بالمشكلات التي تحدث في المدرسة ، وكذلك المشكلات السلوكية والصحية الخطيـرة فـي مرحلة المراهقة مثل سوء استخدام المخدرات والاكتئاب ، وانحراف الأحـداث والتسرب من المدرسة (ويبستر – ستراتون Webster-Stratton ، ١٩٩٨) .

مشكلة البحث :

يعد اضطراب السلوك الفوضوي من الاضطرابات الشائعة بين الأطفال والمراهقين ، ويؤثر هذا الاضطراب سلبياً على الأداء الوظيفي اليومي لهؤلاء الأفراد ؛ حيث يعوقهم عن اكتساب المهارات الأساسية اللازمة للتوافق مع البيئة التي يعيشون فيها (وانج وآخرون .Wang et al ، ٢٠١٢) ، ويرى عدد كبير من الباحثين أن تتبع سير المرض يكون رديئاً ؛ حيث يؤدى إلى حدوث العديد من المشكلات السلوكية التي تتبئ بسلسلة من النتائج الضارة في مرحلة الرشد تشمل الانحراف والسلوك التدميري أو التخريبي ، وهذا يعنى أن الكثير من الأطفال المصابين باضطراب السلوك الفوضوي يتحولون إلى مجرمين عندما يصبحون راشدين (بارتون Barton ، ٢٠٠٣ ؛ دورن وآخرون .Dorn et al ، ٢٠٠٩) كما ينبئ هذا الاضطراب أيضاً بسلسلة من النتائج الضارة في مرحلة الرشد تشمل الانحراف ، والسلوك الإجرامي ، وسوء استخدام المخدرات ، والنتائج الرديئة فيما يتعلق بالعمل والزواج ، والعنف الأسرى (ويبستر - ستراتون وريد Webster - Stratton & Reid ، ٢٠٠٣أ ؛ بروجو وبيوريل Borrego & Burrell ، ٢٠١٠) .

والأفراد الذين يعانون من السلوك الفوضوي يكونون في خطورة واضحة لمجموعة من المصاعب الحادة التي تتضمن اضطراب الحالة المزاجية ، واضطراب المسلك ، واضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وسوء استخدام المادة ، وعجز عقلي تتراوح شدته من معتدل إلى متوسط (دي بور وآخرون .De Boer et al ، ٢٠١٢) .

وتحدث اضطرابات السلوك الفوضى غالباً مع وجود اضطرابات نفسية

أخرى مثل اضطرابات القلق ، واضطراب الوسواس القهري ، واضطراب الاكتئاب الحاد ، وعلى الرغم من أن تشخيص اضطراب المسلك يحل محل اضطراب العناد والتحدي لدى حوالي ٩٠% من الأطفال الذين لديهم اضطراب العناد والتحدي المبكر الحدوث فإن بعض حالات اضطراب العناد والتحدي لا تؤدى إلى حدوث اضطراب المسلك (بارينز وآخرون .Barnes et al ، ٢٠١٣) ، والأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك يكونون في خطر بالنسبة للاضطرابات المزاجية التي تعتبر حالة مرضية مصاحبة أو مشتركة مثل القلق والاكتئاب ، وطبقاً لآراء نتائج العديد من الدراسات فإن ارتباط اضطراب المسلك مع اضطرابات المزاج لدى المراهقين ولاسيما اضطراب الاكتئاب الحاد ، واضطراب اليأس يكون أعلى من المتوقع إذ يصل إلى ٥٠% في بعض الدراسات ، ويكون اضطراب المسلك ممهداً أو منبئاً أساسياً لاضطراب الاكتئاب (كازدين Kazdin ، ١٩٩٦) .

واضطرابات السلوك الفوضوي هي أحد الأسباب الشائعة بدرجة كبيرة جداً للتحويل أو الإحالة إلى الأخصائيين النفسيين الكلينيكيين والأطباء النفسيين للأطفال ، وهي إحدى المشكلات الكلينيكية الهامة فيما يتعلق بالحالة المرضية المشتركة والخلل الوظيفي عند الأطفال ، ويسبب هذا الاضطراب مشكلات خطيرة في النمو النفسي الاجتماعي عند الفرد ، ويبدأ السلوك الفوضوي في مرحلة الطفولة المبكرة ويتحول إلى مشكلات سلوكية فى مرحلة الرشد تتمثل فى ارتكاب الجرائم ، وسوء استخدام المخدرات ، والمعاناة من الاضطراب النفسي ، ومحاولة الانتحار ، والعنف ضد الشركاء ، وإنجاب الأطفال (فيرجسون Fergusson ، ٢٠٠٨) .

وتشير الدراسات الحديثة إلى أن هذا الاضطراب إذا لم يعالج جيداً فإنه يتحول عند نقطة معينة إلى سلوك مضاد للمجتمع ، وفي مراجعة بشأن انتشار اضطراب المسلك وجد أن نصف الأطفال الذين يعانون من الاضطراب لديهم حالة مرضية مشتركة تشمل اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) ، واضطراب الاكتئاب ، واضطراب القلق ، وصعوبات التعلم (بارنت ولابيلارت Barnett & Labellart ، ٢٠٠٢ ؛ دوهاني Duhaney ، ٢٠٠٣) .

وهكذا ؛ يتضح تزايد نسبة انتشار اضطراب السلوك الفوضوي بين الأطفال والمراهقين إلى جانب حدوث العديد من الآثار النفسية والاجتماعية التي يسببها الاضطراب ، الأمر الذي لا ينبغي إغفاله أو السكوت عليه ؛ لذلك يجب استخدام البرامج الإرشادية والعلاجية في سبيل الحد من أعراض هذا الاضطراب لدى الأطفال والمراهقين الذين يعانون منه ، وبالتالي تحسين أدائهم الوظيفي اليومي ، وتقليل الأنماط السلوكية غير الملائمة الناتجة عن الاضطراب ، وهذا ما دفع الباحث إلى إعداد أداة لتقدير هذا الاضطراب وتقنينها لدى الأطفال والمراهقين حتى يسهل التعرف على أو اكتشاف الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب .

هدف البحث :

يهدف البحث الحالي إلى التعرف على الخصائص السيكومترية لمقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي لدى الأطفال والمراهقين من الجنسين ، وبيان مدى صلاحية هذا المقياس لتقدير أعراض اضطراب السلوك

الفوضوي وذلك من خلال مؤشرات عديدة منها التحليل العاملي والصدق التلازمي والصدق الاتفاقي والصدق التعارضي ، وطريقة إعادة الإجراء وطريقة التجزئة النصفية إلى جانب التعرف على الفروق بين الذكور والإناث في أعراض اضطراب السلوك الفوضوي .

أهمية البحث :

تكمن أهمية البحث الحالي في أهمية الموضوع الذي يتصدى لدراسته ؛ حيث إنه يسعى لبيان الخصائص السيكومترية لمقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي لدى الأطفال والمراهقين من الجنسين ، ولاشك أن هذا الموضوع ينطوي على أهمية كبيرة سواء من الناحية النظرية أو من الناحية التطبيقية ، فمن الناحية النظرية يرى المشتغلون بالطب النفسي والصحة النفسية أن هذا الاضطراب السلوكي يؤدى إلى نتائج وخيمة على الصحة النفسية للفرد والأسرة تتمثل في التفاعل السلبي بين الوالدين والطفل ، ومظاهر المعارضة الزائدة التي تتمثل في عدم طاعة الأبناء لآبائهم من ناحية ، ومعارضتهم للمدرسين القائمين بالتدريس من ناحية أخرى إلى جانب اللامبالاة ونقص الانتباه والنشاط الزائد والاندفاعية وتخريب الممتلكات ، ويؤكد ذلك هارستاد وباربازيزى Harstad & Barbaresi (٢٠١١) حيث يريان أن هذا الاضطراب السلوكي يمثل نسبة تتراوح من ١٢% : ٣٦% بين الأطفال والمراهقين ، وأنه أكثر شيوعاً أو انتشاراً بين الذكور عن الإناث .

ومن الملاحظ أن البحوث العربية لم تتطرق لدراسة اضطراب السلوك الفوضوي باستثناء دراسة أحمد أبو زيد (٢٠٠٧) التي اهتمت بدراسة العلاقة

بين السلوك الفوضوي وكل من الجنس والسلوك العدواني لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم ، ومدى فاعلية كل من التدريب على المهاوات الاجتماعية والتدريب الوالدي في خفض حدة السلوك الفوضوي ، ودراسة حسن الصميلي (٢٠٠٩) التي اهتمت بالكشف عن فاعلية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي في خفض حدة السلوك الفوضوي لدى عينة من تلاميذ المرحلة الثانوية بمنطقة جازان التعليمية بالمملكة العربية السعودية ، يضاف إلى ذلك أنه لا توجد أداة عربية مقننة لتقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي ، وعلى الرغم من التأثير النفسي والاجتماعي الذي يحدثه هذا الاضطراب على الصحة النفسية للوالدين ، وكذلك المدرسين القائمين بالتدريس لهؤلاء الأفراد إلا أنه لم يأخذ الاهتمام الكافي به من حيث المسببات والمصاحبات والعلاج وخاصة في البيئة العربية ، ومن هنا كانت أهمية البحث في اضطراب يؤثر تأثيراً كبيراً على الصحة النفسية للأفراد في مراحل النمو المختلفة ، كما يؤثر أيضاً على الصحة النفسية للأسرة والمجتمع .

أما عن أهمية البحث من الناحية التطبيقية فهي تتمثل في إمداد البيئة العربية بأداة مقننة لتقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي لدى الأطفال والمراهقين من الجنسين ، كما أن هذه الأداة قد تفيد أولياء الأمور ، والأخصائيين النفسيين بالمدارس والعيادات النفسية ومراكز الإرشاد النفسي في التعرف على أو اكتشاف وتشخيص الحالات التي تعاني من الاضطراب بهدف تقديم البرامج الإرشادية والعلاجية لهم وصولاً بهم إلى مستوى مناسب من التوافق والصحة النفسية .

تحديد المصطلحات :

يعرف السلوك الفوضوي وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) بأنه مجموعة من الاضطرابات التي تشكل نمطاً من الفوضى في المواقف الاجتماعية ، ويتسم سلوك الشخص الفوضوي بالتمرد ، والاعتداء على أنشطة وحقوق الآخرين (الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association ، ٢٠٠٠) .

ويعرف معد الأداة اضطراب السلوك الفوضوي بأنه نمط متكرر ومستمر من السلوك الذي يثير حالة من الفوضى والتخريب ، وإزعاج الآخرين ، وخرق القواعد والمعايير الاجتماعية ، وبالتالي يؤثر سلبياً على توافق الفرد مع البيئة الاجتماعية المحيطة به ، ويتضمن هذا النمط مجموعة من السلوكيات منها السلوك العدواني ، والعناد والتحدي ، ونقص الانتباه ، والاندفاعية ، والنشاط الزائد ، وانتهاك القواعد ، والاحتيال أو السرقة ، وتعوق هذه السلوكيات تأدية الفرد لوظائفه الاجتماعية والأكاديمية والمهنية بشكل أو بآخر .

الإطار النظري :

يمكن النظر إلى اضطرابات السلوك الفوضوي على أنها سلسلة متصلة لأن حدوث أو ظهور اضطراب العناد والتحدي يكون البشير أو النذير لحدوث اضطراب المسلك ، وعلى الرغم من أن اضطراب العناد والتحدي يكون أكثر شيوعاً بين البنين قبل الوصول إلى سن البلوغ فإن هذا الاتجاه لا يستمر بعد البلوغ ، ويؤكد ذلك ستينر وآخرون .Steiner et al (٢٠٠٧) حيث يرون أن

ما يقرب من ثلثي الأطفال الذين تم تشخيصهم بما يفيد وجود اضطراب العناد والتحدي لديهم لم تنطبق عليهم المعايير التشخيصية الخاصة بذلك بعد مرور ثلاث سنوات ، ومع ذلك فإن الحدوث المبكر من المحتمل بواقع ثلاث مرات أن يتطور إلى اضطراب المسلك ، وأن ٤٠% من الأفراد الذين تم تشخيصهم بما يفيد وجود اضطراب المسلك تنطبق عليهم في النهاية المعايير المتعلقة باضطراب الشخصية المعادية أو المضادة للمجتمع Antisocial Personality Disorder (ASPD)

وتتضمن اضطرابات السلوك الفوضوي وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (DSM-IV-TR) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association (٢٠٠٠) ثلاثة أنواع من الاضطرابات هي :

- اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)
- اضطراب العناد والتحدي Oppositional Defiant Disorder (ODD)
- اضطراب المسلك Conduct Disorder (CD)

ويرى بعض الباحثين استبعاد اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من اضطرابات السلوك الفوضوي واقتصارها على اضطراب العناد والتحدي واضطراب المسلك (هونتر Hunter ، ٢٠٠٣ ؛ كيوتشر وآخرون Kutcher et al. ، ٢٠٠٤) .

وعلى الرغم من ذلك توصل عدد كبير من الباحثين إلى أن ٥٠% من الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

يعانون أيضاً من اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي ، وتــزداد هـــذه النسبة مع التقدم في العمر ، وأن كل الأطفال ذوى اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنــشاط الزائــد (نادر وآخرون .Nadder et al ، ٢٠٠٢ ؛ ألزوف وآخرون .Althoff et al ، ٢٠٠٣ ؛ إرسان وآخرون .Ersan et al ، ٢٠٠٤ ؛ ديك وآخرون .Dick et al ، ٢٠٠٥ ؛ إركان وآخرون .Ercan et al ، ٢٠٠٥) .

معدلات انتشار الاضطراب :

لا يوجد اتفاق على معدل انتشار السلوك الفوضوي وربما يرجع ذلك إلى عدم وجود تعريف عالمي متفق عليه للمشكلة ، وتتراوح معدلات الانتشار فــي دراسات الأطفال والمراهقين الذين لديهم اضطراب العناد والتحدي من ١% إلى أكثر من ٢٠% ، بينما يتراوح انتشار اضطراب المسلك من أقل من ١% لمــا يزيد على ١٠% ، ونمو مشكلات المسلك يظل ثابتاً إلى حد مــا مــن مرحلــة الطفولة المبكرة إلى مرحلة الطفولة المتأخرة (برويدى وآخــرون Broidy et al. ، ٢٠٠٣) وعلاوة على ذلك فلقد بينت الدراسات أن سمات اضطراب العناد والتحدي تظهر مبكراً في عمر سنتين إلى ثلاث سنوات عما في حالة الأعراض المرضية المتعلقة باضطراب المسلك ، ويصل متوسـط عمـر بدايــة حــدوث اضطراب العناد والتحدي إلى ٦ سنوات مقارنة بـــ ٩ سنوات بالنسبة لاضطراب المسلك ، وهناك ما يقرب من ٣٣% من الأطفال الذين لديهم اضطراب العنــاد والتحدي يتطور لديهم الاضطراب بعد ذلك ليصبح اضــطراب المــسلك ، وأن ٤٠% من الأفراد الذين لديهم اضطراب العناد والتحدي يتطور لديهم الاضطراب ليصبح اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع فــي مرحلــة الرشــد (لــوبير

وفارنجتون Loeber & Farrington ، ٢٠٠٠) .

ويصعب تحديد مدى انتشار السلوكيات الفوضوية ؛ حيث إنها لا تسبب ضعفاً كافياً بحيث يستوجب إجراء تشخيص طبي ، ومع ذلك فإن السلوكيات الدالة على عدم الامتثال والمعارضة أو العناد تشكل درجة عالية من المخاوف بين الوالدين وتعتبر من المشكلات السلوكية التي يتم ذكرها بشكل متكرر جداً لدى أطباء الأطفال الذين يعملون في مجال الرعاية الأساسية ، وبصفة عامة فإن حوالي ٥% من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم فيما بين ٦ إلى ١٨ سنة تنطبق عليهم معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية فيما يتعلق باضطراب المسلك ، واضطراب العناد والتحدي في أي وقت ، ومعدلات الانتشار لكل منهما تعتبر عالية إلى حد ما حيث تتراوح من ٣% إلى ١٦% بالنسبة لاضطراب المسلك ، ويكون تشخيص اضطراب العناد والتحدي أو اضطراب المسلك أكثر شيوعاً لدى البنين أو الذكور على الرغم من أن سلوك المعارضة أو العناد في حد ذاته يكون شائعاً بدرجة متساوية بين كلا الجنسين (هارستاد وباربازيزى Harstad & Barbaresi ، ٢٠١١) .

الحالة المرضية المشتركة :

يقصد بالحالة المرضية المشتركة تلك الحالة التي تحدث بطريقة متزامنة أو تظهر في نفس الوقت مع حالة مرضية أخرى ، ويوجد معدل عالٍ للحالة المرضية المشتركة بين اضطرابات السلوك الفوضى ففي الأطفال الذين لديهم اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد فإن الحالة المرضية المشتركة مع الاضطرابات الأخرى تتم رؤيتها في ٥٠% - ٨٠% تقريباً من الحالات .

وعلى وجه التقريب هناك نسبة تقدر بـــ ٣٠% إلى ٥٠% من الأطفـــال الـــذين لديهم اضطراب المسلك لديهم حالة نفسية مرضية مشتركة لاضطراب القلـــق ، والحالات الأخرى التي ذُكر أنها تحدث مع اضطرابات السلوك الفوضى تتضمن مجموعة الأعراض المرضية المتعلقة بسوء استخدام المخـــدرات والمـــشروبات الكحولية ، واضطراب توريت Tourette Disorder (بونتى وآخرون Bunte et al. ، ٢٠١٣) .

ومن النادر أن نشاهد حالة لاضطرابات السلوك الفوضوي غير مصحوبة باضطراب إضافي أو أكثر ، وبمعنى آخر فإن الحالة المرضية المشتركة هـــي القاعدة وليست الاستثناء فحوالي ٣٦% من الإناث ، ٤٦% من الـــذكور ممـــن لديهم اضطراب العناد والتحدي انطبقت عليهم المعايير التشخيصية لاضـــطراب المسلك ، ومن ٥٠% – ٦٥% من الشباب الذي لديه اضطراب العناد والتحـــدي كان لديهم اضطراب نقص الانتباه المـــصحوب بالنـــشاط الزائـــد كاضـــطراب مصاحب ، وحوالي ٣٥% من الأفراد الذين لديهم اضطراب العنـــاد والتحـــدي تطور لديهم شكل من أشكال الاضطراب الوجداني ، وحوالي ٢٠% من الأفراد الذين لديهم اضطراب العناد والتحدي تطور لديهم شكل ما من أشكال اضطراب الحالة المزاجية (آيبرج وآخرون Eyberg et al. ، ٢٠٠٨) .

ومعظم الأطفال الذين لديهم اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنـــشاط الزائد يكون لديهم اضطراب العناد والتحدي أو اضطراب المسلك كحالة مرضية مشتركة ، وعلى وجه العموم فإن التشخيصات التي تتضمن اضطراب المسلك أ ، اضطراب العناد والتحدي أو اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائـــد

تتواجد مع بعضها البعض غالباً ، وأوضحت نتائج العديد من الدراســات التـ
أجريت في هذا الصدد أن نسبة تتراوح بين ٤٥% : ٧٠% من الـشباب الــذي
ـديهم اضطراب المسلك أو اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنـشاط الزائـ
تنطبق عليهم أيضاً المعايير التشخيصية لبعض الاضطرابات الأخرى ، ومن بير
الشباب الذي يتم تحويله للعيادات والذي تنطبق عليه معايير تشخيص اضطراد
المسلك وجد أن ٨٤% – ٩٦% انطبق عليهم أيضاً معايير تشخيص اضــطراد
العناد والتحدي (دى بور وآخرون .De Boer et al ، ٢٠١٢) .

و يوجد اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد كحالة مرضيـ
مشتركة مع اضطراب المسلك لدى ٢٥% من الشباب الذين تم تشخيـصهم بمـ
يفيد وجود اضطراب المسلك ، والأطفال الذين لديهم اضطراب نقــص الانتبـا
المصحوب بالنشاط الزائد من المحتمل بواقع مرتين ونصف أن يكــون لــديه
حدوث مبكر لاضطراب المسلك (آيبرج وآخــرون .Eyberg et al ، ٢٠٠٨
كما أن ٣٩% من الفتيات ، ٤٦% من البنين الذين لـديهم اضــطراب المــسلك
انطبقت عليهم المعايير المتعلقة باضطراب آخر على الأقــل ، وتوجـد نـسب
متوازية من الفتيات حوالي ١٢% مقابل ١٤% من البنين الذين لديهم اضطرابـ
المسلك يعانون من الاكتئاب ، وحوالي ١٦% من الفتيات اللاتي تم تشخيـصه
بأن لديهم اضطراب المسلك يكن أكثر عرضة للتعــرض للقلــق والاكتئــاب
وحوالي ١٦% من الفتيات اللاتي لديهن اضطراب المسلك لديهن قلـق كحالـ
مرضية مشتركة أكبر مما لدى البنين نـسبة تقــدر بحــوالي ١٠% (أوهــان
وجونستون Ohan & Johnston ، ٢٠٠٥) .

التنبؤ بسير الاضطراب :

على الرغم من أن اضطراب العناد والتحدي واضطراب المسلك يرتبطان ارتباطاً وثيقاً فإن علاقتهما تعتبر علاقة معقدة ، فبعض الأطفال الذين لديهم تشخيص يفيد بوجود اضطراب العناد والتحدي في مرحلة الطفولة يتطور أو يتحول في النهاية إلى تشخيص يفيد بوجود اضطراب المسلك بعد الوصول إلى مرحلة البلوغ ، والأطفال الآخرون يظهرون سلوكيات فوضوية لوقت قصير أو يستمرون في حمل تشخيص يتعلق باضطراب العناد والتحدي إلا أنه لا يتطور ليصبح اضطراب المسلك (وانج وآخرون Wang et al. ، ٢٠١٢) ، والبنون الذين لديهم اضطراب العناد والتحدي من المحتمل بدرجة كبيرة أن يتم تشخيصهم فيما بعد بما يفيد وجود اضطراب المسلك بالمقارنة بالفتيات ، وبعض الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك يتطور الأمر لديهم ويظهرون صورة تتفق مع تشخيص اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع ، وفي الحقيقة فإن محكات أو معايير الدليل التشخيصي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية بالنسبة لاضطراب الشخصية المعادية للمجتمع تتطلب دليلاً لاضطراب المسلك قبل سن ١٥ عاماً ، ومع ذلك فإن معظم الأطفال الذين تم تشخيصهم بما يفيد وجود اضطراب المسلك لا يتطور لديهم اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع في مرحلة الرشد (روى وآخرون Rowe et al. ، ٢٠٠٥) .

وبصفة عامة أوضحت الدراسات أنه كلما زاد العدد المتزايد للسلوكيات الفوضوية التي يظهرها الطفل كلما كانت النتيجة الطويلة الأمد أسوأ (رى وآخرون Rey et al. ، ٢٠٠٧) ، والأعراض المرضية التي تتمثل في العدوانية والسلوك المعادى للمجتمع ، وإشعال الحرائق ، والخلل الوظيفي الأسرى ،

وسوء استخدام المادة ترتبط بتنبؤ رديء لسير الاضطراب ، ومن بين الأطف
الذين لديهم اضطراب العناد والتحدي ، فإن الأطفال الذين لديهم سمات مزاجيـ
تتعلق بالعناد والمجادلة لديهم تنبؤ أسوأ بسير الاضطراب بالمقارنـــة بالأطفـــا
الذين يحدث لديهم السلوك المتسم بالعناد والتحدي كنتيجة لحدث حاد (هـــاريـ
Harris ، ٢٠٠٦) ، والمراهقون الذين لديهم سلوكيات خارجيـــة حـــادة مـ
المحتمل بدرجة أكبر أن يتركوا المدرسة مبكراً ويذكروا المحنة أو الضيق بشك
عام خلال حياتهم وذلك بالمقارنة بالمراهقين الذين لديهم عدد قليل من السلوكياد
الخارجية Externalizing Behaviors أو الذين لا يوجد لديهم سلوكيات خارجيـ
ومن الصعب تحديد إذا كانت تجاربهم في مرحلة المراهقة (على سبيل المثـا
الدخول في متاعب ، والعلاقات الأسرية المضطربة) تؤدى إلى المزيـد مـ
المصاعب التي تحدث في حياتهم ، أو مّا إذا كانت مصاعب أو متاعب الكبار أ
الراشدين ترجع بدرجة أساسية إلى السلوكيات الفوضوية الرئيـسية (هارسـتا
وبارباريزي Harstad & Barbaresi ، ٢٠١١) .

ويصاحب اضطرابات السلوك الفوضوي غالباً حالات مرضـية أخـر
مشتركة ، ومن أهم هذه الحالات المرضية اضطراب نقص الانتباه المـصحوب
بالنشاط الزائد ، والاكتئاب الحاد ، واضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاد
الزائد يحدث بواقع ١٠ مرات بطريقة متكـررة لـدى الأطفـال الـذين لـديه
اضطرابات السلوك الفوضوي ، ويحدث الاكتئاب الحاد بواقع ٧ مرات بالمقارنة
بالأطفال الذين لا يوجد لديهم تشخيص يفيد بوجود اضطرابات السلوك الفوضوي
، والطفل الذي يتراوح عمره من ١١ – ١٤ سنة ولديه تشخيص يفيـد بوجـو
اضطراب المسلك لديه احتمال متزايد بواقع ٤ مرات بأن يحدث له اضـطرابات

تتعلق بسوء استخدام المادة قبل أن يبلغ ١٨ سنة (أنجولد وكوستيلو Angold & Costello ، ٢٠٠١) ، وهناك الكثير من الاضطرابات الطبية النفسية والتنموية الأخرى تعتبر أكثر انتشاراً لدى الأطفال الذين يوجد لديهم اضطرابات السلوك الفوضوي وذلك بالمقارنة بالعينة السكانية العامة ، وهذه الاضطرابات تتضمن اضطرابات الحالة المزاجية ، واضطرابات القلق بالإضافة إلى الإضطرابات المعرفية والاضطرابات المتعلقة بالتعلم (ري وآخرون Rey et al. ، ٢٠٠٧) ، ونظراً للعدد المتزايد للحالات المرضية المشتركة المصاحبة أو المرتبطة باضطرابات السلوك الفوضوي ، فمن المهم بالنسبة للمتخصصين في مجال الرعاية الصحية الأساسية للأطفال أن يقدروا بطريقة روتينية أو معتادة الانتباه ، والحالة المزاجية ، واستخدام المادة ، والأداء المدرسي لدى الأطفال والمراهقين الذين لديهم سلوكيات فوضوية .

اضطراب السلوك الفوضوي غير المعين أو غير المحدد على أي نحو آخر :

إذا لم تنطبق معايير السلوكيات التي تتسم بالعناد والتحدي على اضطراب المسلك أو اضطراب العناد والتحدي فهناك ما يبرر التشخيص الخاص باضطراب السلوك الفوضوي غير المعين على أي نحو آخر ، ومع ذلك إذا كانت المشكلات السلوكية لدى الشباب دون الكلينيكية لتشخيص اضطراب العناد والتحدي واضطراب المسلك فإن هذه السلوكيات لابد أن تساهم في ضعف دال من الناحية الكلينيكية في الأداء الوظيفي للشباب لتحديد تشخيص يفيد بوجود اضطراب السلوك الفوضوي غير المعين على أي نحو آخر ، ولا ينبغي أن يصدر تشخيصاً لاضطراب السلوك الفوضوي غير المعين على أي نحو آخر إذا استطاعت الأعراض المرضية أن توصف بدرجة أفضل على أنها اضطراب في

الحالة المزاجية ، أو اضطرابات القلق ، أو اضطرابات التوافق ، أو اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد .

دراسات سابقة :

فيما يلي عرض لبعض الدراسات التي تناولت السلوك الفوضوي من حيث علاقته ببعض المتغيرات ، وكذلك بعض الدراسات التي تناولت فاعلية بعض الأساليب العلاجية المستخدمة في خفض حدة السلوك الفوضوي ومن هذه الدراسات ما يلي :

هدفت دراسة هينشو وآخرون .Hinshaw et al (٢٠٠٠) إلى التعرف على فاعلية التدريب الوالدي والعلاج السلوكي في خفض حدة السلوك الفوضوي لدى عينة من تلاميذ المدارس الابتدائية ، واستخدموا في ذلك مجموعة كلية قوامها ٥٧ تلميذاً ممن تتراوح أعمارهم الزمنية بين ٧ - ١٠ سنوات وآبائهم وأجروا على أفراد هذه العينة عدة أدوات تضمنت استبيان لجمع البيانات المتعلقة بأعراض اضطراب السلوك الفوضوي ، وتم تقسيم أفراد هذه العينة إلى مجموعة تجريبية أولى تلقت العلاج عن طريق التدريب الوالدي ، ومجموعة تجريبية ثانية تلقت العلاج عن طريق العلاج السلوكي ، وتكون كل برنامج تدريبي من ستة عشر جلسة ، وأوضحت النتائج فاعلية برنامج التدريب الوالدي في خفض السلوك الفوضوي لدى عينة الدراسة ، وارتبط الأثر العلاجي بانخفاض الممارسات السلبية التي يمارسها الآباء مع الأبناء ، كما أوضحت النتائج أيضا أن برنامج العلاج السلوكي المطبق على التلاميذ أدى إلى تحسن المهارات الاجتماعية ، وأنه لا يوجد فرق بين الأسلوبين العلاجيين في الأثر العلاجي على

الرغم من أن برنامج العلاج السلوكي كان أفضل في تحسين المهارات الاجتماعية .

وقام شيلتون وآخرون .Shelton et al (٢٠٠٠) بدراسة تتبعية للتدخل التعليمي النفسي المتعدد الطرق Multimethod Psychoeducational Intervention لأطفال مرحلة ما قبل دخول المدرسة الذين لديهم سلوك فوضوي ، وتم علاجهم لمدة عام كامل باستخدام تدخل علاجي لتدريب الوالدين فقط ، والتدخل المتعلق بالعلاج في الفصل الدراسي فقط ، وتركيبة من التدريب الوالدي والعلاج المتعلق بالفصل الدراسي معاً ، وأوضحت النتائج الأولية للتدخل العلاجي للثلاث مجموعات أنه لا يوجد أي تأثير لبرنامج تدريب الوالدين ، بينما وجد بعض التأثير الفعال لبرنامج التدخل العلاجي في الفصل الدراسي ، وفي ضوء هذا التقرير تم تقسيم الأطفال الذين لديهم سلوك فوضوي إلى مجموعتين فرعيتين أحدهما تجريبية تلقت العلاج المتعلق بالفصل الدراسي (ن=٧٤)، والمجموعة الأخرى ضابطة لم تتلق أي نوع من العلاج (ن=٧٧) ، وأظهرت نتائج المتابعة بعد مرور سنتين عدم وجود فروق دالة بين متوسط درجات المجموعة التي تلقت العلاج المتعلق بالفصل الدراسي ومتوسط درجات المجموعة التي لم تتلق أي علاج وذلك في السلوك الفوضوي ، وفي كلتا المجموعتين كان لدى الأطفال ذوى السلوك الفوضوي أعراض مرضية أكثر بدرجة دالة فيما يتعلق باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، واضطراب العناد والتحدي مما في حالة المجموعة الضابطة (ن=٤٧) ، كذلك أوضحت النتائج أن التدخل المتعلق بالعلاج في الفصل بالنسبة للأطفال ذوى السلوك الفوضوي قد لا يسفر عن نتائج دائمة بمجرد الانسحاب من العلاج .

وقام إزون Ison (٢٠٠١) بدراسة تهدف إلى التعرف على فاعلية التدريب على المهارات الاجتماعية في تعديل التفاعلات البينشخصية وتخفيف حدة السلوك الفوضوي لدى عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية ، واستخدم الباحث في ذلك مجموعة كلية قوامها ٤٠ تلميذاً ممن تتراوح أعمارهم الزمنية بين ٨ - ١٢ عاماً ، وتم تقسيم أفراد هذه المجموعة الكلية إلى مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة وتم مجانسة هاتين المجموعتين من حيث عدد من المتغيرات الوسيطة مثل العمر الزمني ، ومستوى التعليم ، ونسبة الذكاء والمستوى الاجتماعي الاقتصادي ، وأجرى الباحث على أفراد هذه العينة عدة أدوات تضمنت قائمة المشكلات السلوكية ، واستبيان يعتمد على محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المتعلقة باضطراب السلوك الفوضوي وذلك إلى جانب برنامج التدريب على المهارات الاجتماعية الذي تم تطبيقه على أفراد المجموعة التجريبية والذي يتضمن ستة عشر جلسة بواقع جلستين أسبوعياً . وأظهرت النتائج وجود فرق دال إحصائياً بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية ، ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة على قائمة المشكلات السلوكية في القياس البعدي وذلك لصالح أفراد المجموعة التجريبية ، وتعنى هذه النتائج فاعلية برنامج التدريب على المهارات الاجتماعية في تحسين التوافق الاجتماعي وخفض حدة السلوك الفوضوي لدى أفراد المجموعة التجريبية .

وقام وليد القصاص (٢٠٠٢) بدراسة فاعلية برنامج إرشادي جمعي في خفض حدة السلوك الفوضوي لدى عينة من تلاميذ المرحلة الثانوية ، واستخدم في ذلك مجموعة كلية قوامها ٢٤ تلميذاً تم تقسيمهم إلى مجموعتين إحداهما

تجريبية قوامها ١٢ تلميذاً ، والأخرى ضابطة قوامها ١٢ تلميذاً أيضاً ، وأجري على أفراد المجموعة التجريبية البرنامج الإرشادي الذي تكون من إثنـي عـشر جلسة إرشادية مدة كل منها خمس وأربعون دقيقة بواقع جلـسة كـل أسـبوع ، وأظهرت النتائج وجود فرق دال إحصائياً بين متوسط درجات أفراد المجموعـة التجريبية ، ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة على قائمة تقدير السلوك الفوضوي لصالح أفراد المجموعة التجريبية ؛ حيث أظهر أفرادها تحسناً واضحاً إذ انخفض السلوك الفوضوي لديهم مقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة ، وتؤكد هذه النتائج فاعلية البرنامج الإرشادي المستخدم في معالجة السلوك الفوضوي أو خفض حدته .

وقام لير وآخرون .Lier et al (٢٠٠٣) بدراسة تهدف إلـى تـصنيف اضطرابات السلوك الفوضوي لدى عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية ، واستخدم الباحثون في ذلك مجموعة كلية قوامها ٣٣٦ تلميذاً وتلميذة مـن بـين تلاميـذ المدارس الابتدائية بمتوسـط عمري قدره ٧ سـنوات ، وأجروا على أفراد هذه العينـة عدة أدوات تـضمـنت قائمـة سـلوك الطـفل Child Behavior Checklist (CBCL) إعـداد أكينبـاتش Achenbach ومحكـات تـشخيص اضطرابات السلوك الفوضوي وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية ، وكشفت النتائج أن اضطرابات السلوك الفوضوي تتضمن ثلاثة اضطرابات فرعية هي : اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) ، واضـطراب المـسلك Conduct Disorder (CD) ، واضـطراب العنـاد والتحـدي Oppositional Defiant Disorder (ODD) ، كذلك أظهرت النتـائج وجـود

فروق بين متوسطات درجات الذكور ، ومتوسطات درجات الإناث على المقاييس الفرعية لاضطراب السلوك الفوضوي لصالح الذكور .

وقام كونور وآخرون .Connor et al (٢٠٠٤) بدراسة تهدف إلى الكشف عن العلاقة بين السلوك الفوضوي والسلوك العدواني لدى الأطفال والمراهقين من الجنسين ، واستخدم الباحثون في ذلك مجموعة كلية قوامها ٣٢٣ طفلاً ومراهقاً من الجنسين ، وأجروا على أفراد هذه العينة مقياس تقدير إعراض السلوك الفوضوي ، ومقياس تقدير أعراض السلوك العدواني ، وعالج الباحثون نتائجهم إحصائياً باستخدام اختبار " ت " ومعامل ارتباط بيرسون ، وأوضحت النتائج وجود علاقة موجبة ودالة إحصائياً بين أبعاد السلوك الفوضوي ، وأبعاد السلوك العدواني التي تتمثل في العدوان اللفظي ، والعدوان ضد الذات ، والعدوان ضد الآخرين ، والعدوان ضد الأشياء ، كذلك أوضحت النتائج أنه توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات الذكور ، ومتوسطات درجات الإناث على كل من الأبعاد الفرعية لمقياس تقدير السلوك الفوضوي ، والأبعاد الفرعية لمقياس السلوك العدواني لصالح الذكور .

وقام سوكهودولسكي وآخرون .Sukhodolsky et al (٢٠٠٥) بدراسة تهدف إلى التعرف على فاعلية برنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية ، والتدريب على حل المشكلات في خفض حدة السلوك الفوضوي ، والعدوان ، والغضب لدى عينة من تلاميذ المدرسة الابتدائية ، واستخدم الباحثون في ذلك مجموعة كلية قوامها ٢٦ تلميذاً بمتوسط عمري قدره ٩,٦ سنة ، وأجروا على أفراد هذه العينة عدة أدوات تضمنت قائمة المشكلات السلوكية للأطفال ومقياس

بلهام Pelham لتقدير السلوك الفوضوي ، وتم تقسيم أفراد هذه المجموعة إلـى مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة ، وتم مجانسة هاتين المجموعتين من حيث العمر الزمني ، ومستوى التعليم ، ونسبة الذكاء ، والمستوى الاجتماعي الاقتصادي ، وتعرض أفراد المجموعة التجريبية لبرنامج التدريب على المهارات الاجتماعية ، وبرنامج التدريب على حل المشكلات الاجتماعيـة ، وأظهـرت النتائج وجود فرق بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبيـة ، ومتوسـط درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس تقدير السلوك الفوضوي لـصالح أفراد المجموعة الضابطة وتعنى هذه النتيجة فاعلية التدريب علـى المهـارات الاجتماعية والتدريب على حل المشكلات في خفض حدة السلوك الفوضـوي ، كذلك أظهرت النتائج عدم وجود فرق بين متوسط درجات أفراد التجريبية فـي القياس البعدي ، ومتوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس التتبعـي على مقياس اضطراب السلوك الفوضوي مما يشير إلـى اسـتمرارية فاعليـة الأسلوبين العلاجيين في خفض السلوك الفوضوي لدى أفراد العينة .

وهدفت دراسة شيو – وين وهـسن – هـسنج Chiu - Wen & Hsen - Hsing (٢٠٠٧) إلى قياس أثر استراتيجيات التعزيز التفاضـلي والاقتـصاد الرمزي في معالجة السلوك الفوضوي ، وتكونت عينـة الدراسـة مـن عـدة مجموعات شملت تلاميذ المدرسة الابتدائية ، وتلاميذ من عمر ١٣ – ١٥ سنة ، وتلاميذ من عمر ١٦ – ١٨ سنة ، واستخدم الباحثان التصميم التجريبي ؛ حيث تم تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعات متساوية بحيث تشتمل كل مجموعة علـى مجموعة ضابطة وأخرى تجريبية ، وتم تطبيق المعالجة مـن خـلال برنـامج إرشادي لمواجهة السلوك الفوضوي استند على استخدام عدد من الاستراتيجيات

السلوكية منها التعزيز التفاضلي ، والاقتصاد الرمزي ، واستمر البرنامج الإرشادي لمدة شهرين بواقع جلسة إرشادية لكل مجموعة أسبوعياً ، وأظهرت النتائج فاعلية الاستراتيجيات التي تم استخدامها في خفض حدة السلوك الفوضوي لدى أفراد المجموعات التجريبية .

وقام أحمد أبو زيد (٢٠٠٧) بدراسة تهدف إلى التعرف على علاقة السلوك الفوضوي بكل من الجنس والسلوك العدواني لدى عينة من الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم ، ومدى فاعلية كل من التدريب على المهارات الاجتماعية والتدريب الوالدي في خفض حدة السلوك الفوضوي ، واستخدم الباحث في ذلك مجموعة كلية قوامها ١٨ طفلاً (١٠ ذكور ، ٨ إناث) من ذوي السلوك الفوضوي والتخلف العقلي ممن تتراوح أعمارهم الزمنية بين ٩ – ١٢ سنة وتكونت عينة الآباء من ١٨ فرداً ، وتم تقسيم أفراد هذه المجموعة الكلية إلى ثلاث مجموعات تجريبية وضابطة ، وأجرى الباحث على أفراد هذه العينة عدة أدوات تضمنت مقياس تقدير السلوك الفوضوي ، ومقياس تقدير السلوك العدواني ، ومقياس تقدير المهارات الاجتماعية ، ومقياس ستانفورد – بينيه للذكاء ، وبرنامجي التدريب على المهارات الاجتماعية والتدريب الوالدي ؛ وأوضحت النتائج وجود فرق دالة إحصائياً بين متوسط درجات الذكور ، ومتوسط درجات الإناث على مقياس تقدير السلوك الفوضوي لصالح الذكور ، وأنه توجد علاقة موجبة ودالة إحصائياً بين السلوك الفوضوي والسلوك العدواني وكشفت الدراسة عن فاعلية كل من برنامج التدريب على المهارات الاجتماعية وبرنامج التدريب الوالدي كل على حدة والبرنامجين معاً في خفض السلوك الفوضوي وتحسين التفاعل الاجتماعي ، كما أظهرت النتائج عدم وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطات درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياس البعدي ،

ومتوسطات درجاتهم في القياس التتبعي على مقياس السلوك الفوضوي ومقياس المهارات الاجتماعية ، وتشير هذه النتائج إلى استمرار فاعلية الأساليب العلاجية المستخدمة في خفض السلوك الفوضوي وتحسين التفاعل الاجتماعي أو المهارات الاجتماعية لدى أفراد العينة .

وقام حسن الصميلي (٢٠٠٩) بدراسة موضوعها فاعلية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي في خفض حدة السلوك الفوضوي لدى عينة من تلاميذ المرحلة الثانوية بمنطقة جازان التعليمية بالمملكة العربية السعودية ، وذلك بهدف الكشف عن فاعلية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي في خفض حدة السلوك الفوضوي لدى عينة من تلاميذ المرحلة الثانوية ، واستخدم الباحث في ذلك مجموعة كلية قوامها ٢٤ تلميذاً ممن تتراوح أعمارهم الزمنية بين ١٧ – ٢١ عاماً تم اختيارهم عشوائياً وتم تقسيمهم إلى مجموعتين إحداهما تجريبية قوامها ١٢ تلميذاً ، والأخرى ضابطة قوامها ١٢ تلميذاً وتم مجانسة أفراد هذه العينة من حيث العمر الزمني ، والمستوى الاجتماعي الاقتصادي ، والسلوك الفوضوي ، وأجرى الباحث على أفراد هذه العينة عدة أدوات تضمنت مقياس السلوك الفوضوي ، والبرنامج الإرشادي المستخدم الذي طبق على أفراد المجموعة التجريبية ، وأظهرت النتائج وجود فرق دال إحصائياً بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي ، ومتوسط درجاتهم في القياس البعدي على مقياس السلوك الفوضوي وذلك لصالح القياس القبلي ، وتعنى هذه النتيجة انخفاض معدلات حدوث السلوك الفوضوي بعد التعرض للبرنامج الإرشادي المستخدم ، كذلك أوضحت النتائج عدم وجود فرق دال إحصائياً بين متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس القبلي ، ومتوسط درجاتهم في القياس البعدي على مقياس السلوك الفوضوي ، كما أظهرت النتائج أيضاً عدم وجود فرق دال

إحصائياً بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي ومتوسط درجاتهم في القياس التتبعي وتعنى هذه النتيجة استمرار فاعلية البرنامج الإرشادي المستخدم بعد الانتهاء من البرنامج الإرشادي خلال المتابعة .

واهتمت دراسة دى بور وآخرون .De Boer et al (٢٠١٢) بفحص الارتباط بين سمات مرحلة الطفولة والسلوك المعادى للمجتمع لدى عينة من المرضى الداخليين بهدف التعرف على سمات مرحلة الطفولة التي يمكن أن تساعد على اختيار العلاج للمرضى الداخليين من المراهقين الذين لديهم اضطراب السلوك الفوضوي ، واستخدم الباحثون في ذلك مجموعة كلية قوامها ٢٠٣ مريضاً من بين المرضى الداخليين تم تقسيمهم إلى مجموعتين المجموعة الأولى تمثل المرضى الذين لديهم حدوث مبكر للاضطراب ، والمجموعة الثانية تمثل المرضى الذين لديهم حدوث متأخر للاضطراب وذلك استناداً إلى الأعمار التي بدأ فيها استخدام الرعاية التخصصية للسلوك الفوضوي والتحويل إلى التربية الخاصة ، وارتكاب الإساءات الإجرامية ، وكان أفراد هاتين المجموعتين يختلفان في العديد من سمات مرحلة الطفولة ، وأظهرت النتائج عدم وجود فروق تتعلق بالجنس أو النوع ، وأوضح تحليل الانحدار أن الأطفال الذين يبقون (يرسبون) في الصف التعليمي في المدرسة ، وذوى السلوك الاندفاعي . والتاريخ الذي يدل على الإساءة البدنية كان لديهم احتمال عالي بأن يكونوا أعضاء في مجموعة الحدوث المبكر لاضطراب السلوك الفوضوي ، وأوصت الدراسة أن السمات السلوكية المميزة لكل مرحلة من المحتمل أن تنطبق على عينات كلينيكية أخرى مما يساعد الكلينيكيين في أن يستهدفوا علاجها .

وهدفت دراسة جراى وآخرون .Gray et al (٢٠١٢) وموضوعها السلوك الفوضوي الملاحظ لدى أطفال مرحلة ما قبل دخول المدرسة ، وتنوعه عبر الجنس (النوع) والسياق التفاعلي والحالة النفسية المرضية ، وذلك بهدف فحص الفروق بين الجنسين في السلوك الفوضوي الملاحظ عبر سياقين تفاعليين هما الوالدين والمعلمين ، واستخدموا في ذلك مجموعة كلية قوامها ٣٢٧ طفلاً وطفلة في سن ما قبل دخول المدرسة تم تصنيفهم إلى ثلاث فئات فئة غير مضطربة (النسبة ٥%) وفئة في خطورة من الناحية الكلينيكية أو المرضية (النسبة ٢٦%) ، وفئة مضطربة (النسبة ٢٣%) وذلك استناداً إلى تقارير الوالدين والمعلمين ، ومقاييس السلوك الفوضوي ، وتم قياس السلوك الفوضوي الذي تمت ملاحظته باستخدام قائمة الملاحظة التشخيصية للسلوك الفوضوي Observation Schedule Disruptive Behavior Diagnostic وهي نموذج للملاحظة يميز التنوع في السلوك الفوضوي عند الأطفال في سن ما قبل دخول المدرسة ، وأوضحت النتائج أن الأولاد الفوضويين (المضطربين) هم المجموعة الفرعية الوحيدة التي كان سلوك أفرادها غير حساساً للسياق التفاعلي وعلى العكس فإن الفتيات الفوضويات (المضطربات) أوضحن أقوى تأثير للسياق التفاعلي ؛ حيث كان سلوكهم قابلاً للمقارنة مع الأولاد غير المضطربين (على الرغم من أنه كان أعلى بكثير من سلوك الفتيات غير المضطربات) ، ومع ذلك ففي التفاعلات مع أمهاتهن أظهرن أعلى معدل للسلوك الفوضوي على الرغم من أن الفرق بين متوسط درجات الأولاد المضطربين ، ومتوسط درجات البنات المضطربات على مقياس السلوك الفوضوي لم يكن دالاً من الناحية الإحصائية .

وقـــام دونكـــومبى وآخـــرون Duncombe et al. (٢٠١٣) بدراسـ
موضوعها علاقات الكفاءة الانفعالية والرقابة الفعالة بالنسبة لمشكلات الـسلوا
الفوضوي ، وذلك بهدف فحص إسهام المكونات النوعيـــة للكفـــاءة الانفعاليـ
والرقابة الفعالة على السلوكيات الفوضوية للطفل بعد ضبط أو عزل تأثير نـسب
الذكاء و الأعراض المرضية لنقص الانتباه أو النشاط الزائد ، واستخدم الباحثور
في ذلك مجموعة كلية قوامها ٣٥٧ طفلاً ممن تتراوح أعمارهم الزمنية بين ٥ ·
٩ سنوات ، والذين تم تحديدهم من خلال إجـراءات المعاينـــة الـشاملة داخـل
المدرسة على أنهم معرضين للخطر من جـراء أو نمـو اضـطراب الـسلوك
الفوضوي ، وتم تقييم خمسة متغيرات مستقلة تتضمن التعرف علـــى الانفعـال
Emotion Identification ، وفهم الانفعالEmotion Understanding ، وضبد
الانفعـــال Emotion Regulation ، والـضبط الكفـــي Inhibitory Control
والمرونة المعرفية Cognitive Flexibility وتـم قيـــاس مـشكلات الـسلوك
الفوضوي باستخدام تقديرات الوالدين والمعلمين ، وأوضحت النتـــائج أن أوجـا
العجز في ضبط الانفعال والمرونة المعرفية ترتبط بدرجة دالة بالخطر من جراء
مشكلات السلوك الفوضوي طبقاً لتقديرات الوالدين فقط ، وأوجه العجــز هـذ،
فاقت في أهميتها الضبط الكفي ، والتعرف على الانفعال ، وفهم الانفعال وذلـك
في ارتباطها بالسلوك المسبب للمشكلات ، وقد تساعد هذه النتـــائج فـــي زيـادة
وتحسين المحتوى والتوصل للبرامج الوقائية .

وقام دى بورو وآخرون De Boer et al. (٢٠١٣) بدراسة تهدف إلـــى
التعرف على السمات التي يمكن قياسها لدى المراهقين ذوى المسارات المستمرة
مدى الحياة استناداً إلى سلوكهم الفوضوي ، واعتمد الباحثون فـــي ذلـك علـــى

مجموعة كلية قوامها ٢٠٣ مراهقاً ومراهقة من المرضى الداخليين تم تقسيمهم إلى مجموعتين : المجموعة الأولى تضم الأفراد الذين لديهم سلوك فوضوي مبكر الحدوث (ن=١٣٤) ، والمجموعة الثانية تضم الأفراد الذين لديهم سلوك فوضوي يبدأ في مرحلة المراهقة (ن=٦٩) استناداً إلى العمر الذي بدأت فيه الرعاية التخصصية للسلوك الفوضوي والإحالة إلى فصول التربية الخاصة أو الإساءات الإجرامية التي تم ارتكابها لأول مرة ، واختلفت المجموعتان في العديد من السمات ، وأظهرت النتائج عدم وجود فروق تتعلق بالجنس أو النوع فيما يتعلق بسمات أفراد المجموعتين ، وأوضح تحليل الانحدار أن الذكور الذين لديهم تاريخ يفيد بوجود إساءة جسدية وتم تحويلهم إلى مرفق لرعاية الشباب كان لديهم احتمال بأن يكونوا أعضاء في المجموعة التي يحدث فيها السلوك الفوضوي مبكراً ، وهذه السمات من السهل تحديدها أو التعرف عليها ، ويمكن تطبيقها على عينات كلينيكية أخرى وتعتبر هامة لاختيار العلاج للمراهقين من المرضى الداخليين الذين لديهم سلوك فوضوي حاد .

وقامت بويلان وآخرون .Boylan et al (٢٠١٣) بدراسة فاعلية العلاج النفسي والتعليمي النفسي للأسر المتعددة Multifamily Psychoeducational Psychotherapy (MF-PEP) في علاج الأطفال الذين لديهم سلوكيات فوضوية وما إذا كانت السلوكيات الفوضوية تؤثر على الاستجابة للعلاج بالنسبة للأعراض المرضية للحالة المزاجية ، واستخدم الباحثون في ذلك مجموعة كلية قوامها ١٦٥ طفلاً ممن تتراوح أعمارهم بين ٨ - ١١ عاماً ، تم تقسيمهم إلى مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة وكان أفراد هاتين المجموعتين متجانستان من حيث مستوى السلوكيات الفوضوية ، و كان هؤلاء الأطفال لديهم

حالة مرضية مشتركة من السلوك الفوضوي والحالة المزاجية ، وأظهرت النتائج فاعلية العلاج المستخدم في خفض حدة السلوكيات الفوضوية لدى أفراد العينة حيث كان انخفاض الأعراض المرضية المصاحبة لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يبلغ ٠,٣٩ ، وانخفاض الأعراض المرضية المصاحبة لاضطراب العناد والتحدي يبلغ ٠,٣٠ ، وانخفاض الأعراض المرضية العامة للسلوك الفوضوي يبلغ ٠,٣٠ ، كذلك أظهرت النتاج أن حدة الحظ القاعدي للسلوكيات الفوضوية لم تؤثر على الاستجابة للعلاج بالنسبة للأعراض المرضية المتعلقة بالحالة المزاجية ، وأن العلاج النفسي والتعليمي النفسي هو تدخل فعال ومؤثر بالنسبة للأطفال الذين يعانون من الاضطرابات المزاجية ، وهكذا يتضح أن العلاج النفسي والتعليمي النفسي للأسر المتعددة ، يعد تدخلاً مبكراً وهاماً للأطفال الذين لديهم اضطرابات مزاجية كحالة مرضية مصاحبة مع اضطرابات السلوك الفوضوي ، وأن التدخل التالي أو المتعاقب يجب أن يستهدف الأعراض السلوكية المرضية بعد التحسن في الحالة المزاجية .

وقامت مارتينز وآخرون .Martins et al (٢٠١٣) بدراسة تهدف إلى فحص الارتباط بين تطور السلوك الفوضوي / العدواني في فترتين تنمويتين هما مرحلة الطفولة المبكرة ومرحلة المراهقة المبكرة والسلوك المتمثل في المقامرة Gambling بعد ذلك في مرحلة الطفولة المتأخرة حتى سن ٢٠ عاماً ، واستخدم الباحثون في ذلك مجموعة كلية قوامها ٣١٠ من الذكور الذين يعيشون في الحضر وينتمون إلى المستوى الاجتماعي الاقتصادي المتدني ، وتم تتبعهم من بداية مرحلة الطفولة المبكرة إلى مرحلة المراهقة المتأخرة ، وتم تحديد ثلاث مسارات متميزة للسلوك لكل مرحلة ، ففي مرحلة الطفولة المبكرة تم تحديد ثلاث

مسارات هي مسار عالي مزمن ، ومسار متوسط ، ومسار منخفض ، وفي مرحلة المراهقة المبكرة تم تحديد ثلاث مسارات هي مسار عالي مزمن ، ومسار متوسط ، ومسار متناقض ومستقر بشكل منخفض ، وأوضحت النتائج عدم وجود ارتباط بين مسارات سلوك الطفولة وبين الاشتراك في المقامرة ، وأن الذكور ذوى المسار المتوسط في مرحلة المراهقة من المحتمل أن يقامزوا بواقع مرتين بالمقارنة بالأفراد الذين في المسار المتناقض والمستقر بشكل منخفض ، وأن تطور السلوك الفوضوي / العدواني في مرحلتي الطفولة والمراهقة يرتبط بالمقامرة لدى الذكور الذين يعيشون في المناطق الحضرية وذوى المستوى الاجتماعي الاقتصادي المتدني ، وأوصت الدراسة بأن الوقاية من السلوك الفوضوي / العدواني في مرحلتي الطفولة والمراهقة تكون فعالة في الحد من تأثير مشكلات المقامرة لدى الشباب .

تعقيب على الدراسات السابقة :

- اعتمدت غالبية الدراسات في تشخيص اضطراب السلوك الفوضوي على محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام ٢٠٠٠ ، واعتمد بعضها على الاستبيانات لتقدير المعلم والوالدين لأعراض اضطراب السلوك الفوضوي ، وأهملت هذه الدراسات التقرير الذاتي للأطفال أو المراهقين هذا من ناحية ، ومن ناحية أخرى يلاحظ أن ثمة نقصاً واضحاً في الدراسات السابقة فيما يتعلق بإعداد أداة لتقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي لدى الأطفال والمراهقين ، وهذا ما حاول الباحث القيام به من خلال الدراسة

الحالية .

- عدم توافر أداة مقننة لقياس اضطراب السلوك الفوضوي في البيئة المصرية والعربية على حد سواء وفقاً لمحكات الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية .
- توجد أداتان لقياس اضطراب السلوك الفوضوي أحدهما لقياس اضطراب السلوك الفوضوي لدى الأطفال المتأخرين عقلياً (أحمد أبو زيد ، ٢٠٠٧) والأخرى لقياس السلوك الفوضوي لدى تلاميذ المرحلة الثانوية في البيئة السعودية (حسن الصميلي ، ٢٠٠٩) .
- أن اضطراب السلوك الفوضوي أكثر حدة وانتشاراً لدى الذكور مقارنة بالإناث .

فروض البحث :

وضع الباحث لهذه الدراسة عدة فروض مؤداها :

١- تتفاوت نسب (معدلات) انتشار اضطراب السلوك الفوضوي لدى الذكور ، ولدى الإناث وفقاً للمرحلة العمرية .

٢- يتشبع مقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي على عدد من العوامل لدى عينة الدراسة .

٣- يتوافر لمقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي درجة مقبولة من الصدق لدى عينة الدراسة .

٤- يتوافر لمقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي درجة مقبولة من الثبات لدى عينة الدراسة .

٥- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات التلاميذ ذوي المستويات العمرية المختلفة ،-متوسطات درجات التلميذات ذوات المستويات العمرية المختلفة على مقياس تقدير أعراض السلوك الفوضوي لصالح التلاميذ .

إجراءات البحث :

أولاً : عينة البحث :

استخدم الباحث مجموعة قوامها ٨٠٠ فرداً من بين تلاميذ وتلميذات المدارس الحكومية بمدينة شبين الكوم ، وطلاب كلية التربية النوعية جامعة المنوفية ، وقد شملت العينة أربعة مستويات عمرية الأولى امتدت أعمارها من ٧ – ١١ سنة وتضم تلاميذ المرحلة الابتدائية ، والثانية امتدت أعمارها من ١٢ – ١٤ سنة وتضم تلاميذ المرحلة الإعدادية ، والثالثة امتدت أعمارها من ١٥ – ١٧ سنة وتضم تلاميذ المرحلة الثانوية ، والرابعة امتدت أعمارها من ١٨ – ٢٢ سنة وتضم طلاب الجامعة ، والجدول التالي يوضح عدد الأفراد الذين اختيروا من كل مرحلة عمرية .

جدول (٥)

عدد الأفراد الذين اختيروا من كل مرحلة عمرية

الجنس	تلاميذ المرحلة الابتدائية	تلاميذ المرحلة الإعدادية	تلاميذ المرحلة الثانوية	طلاب الجامعة	المجموع
ذكور	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٤٠٠
إناث	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٤٠٠
المجموع	٢٠٠	٢٠٠	٢٠٠	٢٠٠	٨٠٠

ثانياً : الأداة المستخدمة :

استخدم الباحث مقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي ، وفيما يلي عرض للخطوات التي تم إتباعها في تصميم المقياس :

- وعاء البنود :

اشتقت بنود المقياس من التراث السيكولوجي ، وبخاصة الكتابات والآراء النظرية التي تناولت اضطراب السلوك الفوضوي (نادر وآخرون Nsdder et al. ، ٢٠٠٢ ؛ ألزوف وآخرون Althoff et al. ، ٢٠٠٣ ؛ إرسان وآخرون Ersan et al. ، ٢٠٠٤ ؛ أوهان وجونسون Ohan & Johnston ، ٢٠٠٥ ؛ إركان وآخرون Ercan et al. ، ٢٠٠٥ ؛ ديك وآخرون Dick et al. ، ٢٠٠٥ ؛ ويد وآخرون Weid et al. ، ٢٠١٠ ؛ ويست وآخرون West et al. ، ٢٠١١ ؛ أوكونور وآخرون O'Connor et al. ، ٢٠١٢ ؛ وانج وآخرون Wang et al. ، ٢٠١٢ ؛ بايلى وآخرون Bailey et al. ، ٢٠١٣ ؛ باريلز وآخرون Barnes et al. ، ٢٠١٣ ؛ بونتى وآخرون Bunte et al. ، ٢٠١٣ ؛ كارتر وآخرون Carter et al. ، ٢٠١٣) .

- الإطلاع على المقاييس السابقة :

تم الإطلاع على عدد من المقاييس التي صممت لقياس اضطراب السلوك الفوضوي بهدف الاستفادة من هذه المقاييس في إعداد المقياس الحالي ، ومن هذه المقاييس ما يلي :

١- مقياس تقدير اضطراب السلوك الفوضوي Disruptive Behavior Disorder Rating Scale (DBD) إعداد بيلهام وآخرون Pelham et al.

(١٩٩٢) تعديل لونا وكامال Loona & Kamal (٢٠١١) .

٢- مقيـــاس الســـلوك الفوضــــوي للتلاميذ Disruptive Behavior Scale Professed by Students (DBS-PS)إعداد فيجا Veiga (٢٠٠٨) .

٣- استبيان الســـلوك الفوضـــــوي Disruptive Behavior Questionnaire (DBQ) إعداد باركلي وميرفي Barkley & Murphy (١٩٩٨) .

٤- قائمة أعراض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ADHD Symptom Checklist - 4 (ADHD-SC4) إعداد جادو وسبرافكين Gado & Sprafkin (١٩٩٧) تعريب وتقنين مجدي الدسوقي (٢٠٠٥أ) .

٥- مقياس تقدير أعراض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنـشاط الزائـد إعداد مجدي الدسوقي (٢٠٠٥ب) .

٦- مقياس اضطراب العناد والتحدي إعداد مجدي الدسوقي (٢٠١٣أ) .

٧- مقياس تقدير أعراض اضطراب المسلك إعداد مجدي الدسوقي (٢٠١٣ب) .

- صياغة البنود أو العبارات :

اعتماداً على الخطوتين السابقتين تم صياغة ٤٨ بنداً أو عبـــارة صــــياغة عربية فصحى .

- عرض البنود على المحكمين :

تم عرض المقياس في صـــورته الأوليـــة علـــى عـــدد مـــن المحكمـــين المتخصصين في علم النفس والصحة النفسية للحكم على مدى صلاحية وصـــدق عباراته في تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي ، ولم يؤدِ هذا الإجـــراء إلى استبعاد أي عبارات ، ولكن عدلت صياغة بعـــض العبـــارات فـــي ضـــوء التوجيهات التي أبداها السادة المحكمون ، وبذلك أصبح المقياس فـــي صـــورته

النهائية يتكون من ٤٨ بنداً أو عبارة .

- **إجراءات تطبيق المقياس :**

يتم تطبيق المقياس لتقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي ، ويتم استخدامه من قبل المعلمين (الصورة أ / صورة المعلم) ، أو من قبل الوالدين (الصورة ب / صورة الوالد أو الوالدة) أو من قبل الأخصائيين النفسيين أو الأخصائيين الاجتماعيين ، مع العلم بأن بنود أو عبارات الصورة أ ، والصورة ب واحدة ، كما أن هناك صورة أخرى للمراهق ، ولا تستغرق عملية التطبيق أكثر من ١٥ دقيقة .

- **طريقة التصحيح :**

وضع للمقياس تعليمات بسيطة تتضمن الإجابة على كل بند من بنود المقياس تبعاً لبدائل خمسة هي هذا السلوك لا يحدث مطلقاً ، وهذا السلوك يحدث أحياناً ، وهذا السلوك يتكرر كثيراً ، وهذا السلوك يتكرر كثيراً جداً ، وهذا السلوك يحدث طوال الوقت ، ووضعت لهذه الاستجابات أوزان متدرجة هي صفر ، ١ ، ٢ ، ٣ ، ٤ على الترتيب ، وتفسير هذه الاختيارات الخمسة على النحو التالي :

- **هذا السلوك لا يحدث مطلقاً :** يشير هذا الاختيار إلى أن المفحوص نادراً ما يظهر هذا السلوك .
- **هذا السلوك يحدث أحياناً :** يشير هذا الاختيار إلى أن المفحوص يظهر هذا السلوك بدرجة متوسطة (٢ - ٣ مرات كل ٦ ساعات) .
- **هذا السلوك يتكرر كثيراً :** يشير هذا الاختيار إلى أن المفحوص يظهر هذا

السلوك بدرجة متكررة (٣ – ٤ مرات كل ٦ ساعات) .

- **هذا السلوك يتكرر كثيراً جداً** : يشير هذا الاختيار إلى أن المفحوص يظهر هذا السلوك كثيراً جداً (٥ – ٦ مرات كل ٦ ساعات) ، ويمثل هذا السلوك مشكلة حادة أو كبيرة لهذا الفرد ويعوق الأداء الوظيفي له .
- **هذا السلوك يحدث طول الوقت** : يشير هذا الاختيار إلى أن المفحوص يظهر هذا السلوك طول الوقت (أكثر من ٦ مرات كل ٦ ساعات) ، ويمثل هذا السلوك مشكلة حادة أو كبيرة لهذا الفرد ويعوق الأداء الوظيفي له .

والدرجة الكلية البـ هي مجموع عبارات هذا البعد أو المقياس الفرعي ، والدرجة الكلية على المقياس هي مجموع الدرجات التي حصل عليها المفحوص على العبارات المكونة للمقياس أو بمعنى آخر يستخدم الجمع الجبري في حساب الدرجة الكلية التي حصل عليها المفحوص على الأبعاد الفرعية المكونة للمقياس و تشير الدرجة المرتفعة على المقياس إلى أن الفرد يعانى من اضطراب السلوك الفوضوي والعكس صحيح .

نتائج البحث :

النتائج المتعلقة بالفرض الأول :

يوضح الجدول التالي نسب انتشار اضطراب السلوك الفوضوي لدى أفراد المراحل العمرية المختلفة .

جدول (٦)

نسب انتشار اضطراب السلوك الفوضوي لدى أفراد المراحل العمرية المختلفة

المرحلة العمرية	العدد الكلي للعينة		عدد الأفراد الذين يظهرون الاضطراب		نسبة انتشار الاضطراب		نسبة الانتشار الكلية
	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	
الابتدائي	٤٣١	٤١١	٨٥	٥٣	١٩,٧	١٢,٨٩	%١٦,٣٩
الإعدادي	٥١٧	٥٤٨	٩٢	٧٠	١٧,٨	١٢,٧٧	%١٥,٢١
الثانوي	٦١١	٦٠٥	٨٩	٧٣	١٤,٦	١٢,٠٧	%١٣,٣٢
الجامعة	٢١٠	٤٨٠	٣١	٣٤	١٤,٧٦	٧,٠٨	%٩,٤٢
المجموع	١٧٦٩	٢٠٤٤	٢٦٥	٢٣٠	١٤,٩٨	١١,٢٥	%١٢,٩٨

يتضح من جدول (٦) أن نسبة انتشار اضطراب السلوك الفوضوي لدى الذكور أعلى منها لدى الإناث بصفة عامة ، وان نسبة انتشار الاضطراب لدى الذكور في كل مرحلة عمرية أعلى منها لدى الإناث ، وأحتل تلاميذ المرحلة الابتدائية المقدمة ؛ حيث بلغت نسبة انتشار الاضطراب لدى أفراد هذه المرحلة العمرية ١٦,٣٩ % ، يلي ذلك تلاميذ المرحلة الإعدادية ؛ حيث بلغت نسبة انتشار الاضطراب لدى أفراد هذه المرحلة العمرية ١٥,٢١ % ، بينما بلغت نسبة انتشار الاضطراب لدى تلاميذ المرحلة الثانوية ١٣,٣٢ % ، وبلغت نسبة انتشار الاضطراب لدى طلاب المرحلة الجامعية ٩,٤٢ % ، هذا وقد بلغت نسبة الانتشار العامة ١٤,٩٨ % بالنسبة للذكور ، ١١,٢٥ % بالنسبة للإناث ، ١٢,٩٨ % بالنسبة للعينة الكلية .

النتائج المتعلقة بالفرضين الثاني والثالث (صدق المقياس والبناء العاملي له) :

١- الصدق العاملي :

تم استخدام التحليل العاملي بوصفه أسلوباً يسهم في التحقق من الصدق التكويني أو البنائي للمقياس ، كما يسهم في رد الكثرة من العوامل إلى المحدود والنقي منها ، وقد تم تحليل المصفوفة الارتباطية المستخرجة من استجابات عينة من تلاميذ وتلميذات المرحلة الثانوية وطلاب وطالبات الجامعة (ن = ٤٨٠) باستخدام طريقة المكونات الأساسية Principle Components ، وبالإبقاء على العوامل التي يزيد جذرها الكامن عن الواحد الصحيح تم استخراج اثني عشر عاملاً تضمنت ٨٧,٩٣ % من حجم التباين الكلي ، وجاءت نسبة هذه العوامل على الترتيب ٢٣,٨٢% ، ١٧,٤٠% ، ٥,٢٠% ، ٤,٦٨% ، ٤,٢٨% ، ٣,٦٧% ، ٣,٤٩% ، ٣,١١% ، ٢,٩٠% ، ٢,٥١% ، ٢,٣٠% ، ٢,١١% ، ونظراً لأن معيار الجذر الكامن لا يعطي نتائج دقيقة أحياناً (رجاء أبو علام ، ٢٠٠٣) ؛ لذا عند دراسة الرسم البياني للجذور الكامنة تبين أن العوامل التي تظهر في الجزء شديد الانحدار هي سبعة فقط ، وبعد ذلك تم تدوير هذه العوامل تدويراً متعامداً بطريقة الفاريماكس Varimax للوقوف على التركيب العاملي للمقياس ، وقد أسفرت هذه الخطوة عن ظهور سبعة عوامل يتشبع كل منها بعدد من المفردات تبعاً للمحكات الثلاثة التالية :

- العامل الجوهري ما كان له جذر كامن أكبر من أو يساوي ١,٠ .
- محك التشبع الجوهري للفقرة أكبر من أو يساوي ٠,٣ .
- محك جوهرية العامل أكبر من أو يساوي ثلاثة تشبعات جوهرية .

وتوضح الجداول التالية تفصيلاً للبناء العاملي للمقياس كما يتضح من التشبعات الجوهرية على كل عامل .

جدول (٧)

التشبعات الجوهرية على العامل الأول لمقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي

م	رقم البند	نص البند	التشبع
١	٦	أهدد الآخرين لأحصل على أشياء ثمينة منهم	٠,٧٠١
٢	٧	أبادر بالاعتداء على الآخرين	٠,٦٩٢
٣	٣	أمارس البلطجة على الآخرين لتخويفهم وإرهابهم	٠,٦٣١
٤	٥	أقوم بإيذاء الآخرين دون أن أدخل معهم في مشاجرات (إلقاء أو رمي الأشياء عليهم)	٠,٦٠٩
٥	١	أتعمد إيذاء / إلحاق الضرر بالآخرين	٠,٦٠١
٦	٤	أهدد الآخرين باستخدام آلة حادة (سكين- أو زجاجة مكسورة أو نبوت ... إلخ)	٠,٥٢٤
٧	٢	أبدأ الشجار مع الآخرين في المدرسة أو الحي الذي أقيم فيه	٠,٥١٩
٨	١٢	اشترك في أعمال شغب داخل المدرسة	٠,٤٩٢
٩	١٨	أتعمد إتلاف ممتلكات الآخرين (تكسير نوافذ - إفراغ إطارات السيارات ... إلخ)	٠,٤٦٠
١٠	٢٠	أحطم مقتنيات أخوتي وزملائي	٠,٤٢٥
١١	١٩	أتصرف بأسلوب انتقامي	٠,٤٠٣
الجذر الكامن		١١,٤٣	
نسبة التباين		٢٣,٨٢ %	

يتضح من جدول (٧) أن العامل الأول للمقياس تشبع عليه إحدي عــشر مفردة تراوحت تشبعاتها بين ٠,٧٠١ ، ٠,٤٠٣ ، وتدور جميعها حــول إيــذاء وتهديد الآخرين ، والتشاجر معهم ، وممارسة البلطجة عليهم ؛ لذلك يقترح مُعد الأداة تسمية هذا العامل السلوك العدواني .

جدول (٨)

التشبعات الجوهرية على العامل الثاني لمقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي

م	رقم البند	نص البند	التشبع
١	٢١	أجادل الكبار باستمرار	٠,٦٣٨
٢	٢٢	أتحدى الكبار وأرفض الانصياع لأوامرهم	٠,٦١٩
٣	٣٠	أفرض آرائي على الآخرين	٠,٦٠٤
٤	٢٧	أتعمد مضايقة الآخــرين (أضــربهم – أدفعهــم – أعرقلهم .... إلخ)	٠,٥٩٨
٥	٢٨	ألقى على الآخرين بتبعية أخطائي وسوء تصرفاتي	٠,٥٦٢
٦	٢٤	أنفس عن غضبى من خلال الإساءة للآخرين	٠,٥١٧
٧	٢٣	يسيطر عليّ الغضب والاستياء لأتفه الأسباب	٠,٤٧٢
٨	٢٩	أغضب وأثور عندما لا تتحقق رغباتي	٠,٤٣٩
٩	٢٦	أفقد أعصابي لأتفه الأسباب	٠,٣٧٥
١٠	٢٥	أتضايق بسهولة من الآخرين	٠,٣٥٩
الجذر الكامن		٨,٣٥	
نسبة التباين		١٧,٤٠ %	

يتضح من جدول (٨) أن العامل الثاني للمقياس تشبع عليه عشرة مفردات تراوحت تشبعاتها بين ٠,٦٣٨ ، ٠,٣٥٩ وتدور جميعها حول مجادلة الكبار وتحديهم وعدم الانصياع لأوامرهم ، وفرض آرائه عليهم وتعمد مضايقتهم ؛ لذلك يقترح مُعد الأداة تسمية هذا العامل **العناد والتحدي** .

جدول (٩)

التشبعات الجوهرية على العامل الثالث لمقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي

م	رقم البند	نص البند	التشبع
١	٣٢	أجد صعوبة في الانتباه الشديد للتفاصيل	٠,٦٠٢
٢	٣٣	يصعب عليّ الاستمرار في الانتباه عند أداء المهام	٠,٥٣١
٣	٣١	يتشتت ذهني بسهولة	٠,٤٩٢
٤	٣٦	أجد صعوبة في تنظيم المهام أو الأنشطة	٠,٤١٦
٥	٣٤	أفقد الأشياء الضرورية لأداء المهام أو الأنشطة كالأقلام أو الأدوات	٠,٤١١
٦	٣٥	أتجنب الاشتراك في المهام التي تتطلب مجهوداً عقلياً أو ذهنياً مستمراً	٠,٣٨٥
الجذر الكامن		٢,٥٠	
نسبة التباين		٥,٢٠ %	

يتضح من جدول (٩) أن العامل الثالث للمقياس تشبع عليه ست مفردات تراوحت تشبعاتها بين ٠,٦٠٢ ، ٠,٣٨٥ وتدور جميعها حول صعوبة الانتباه وتشتت الذهن عند أداء المهام ؛ لذلك يقترح مُعد الأداة تسمية هذا العامل **نقص**

الانتباه .

جدول (١٠)

التشبعات الجوهرية على العامل الرابع لمقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي

م	رقم البند	نص البند	التشبع
١	٤٠	أجد صعوبة في اللعب أو الاشتراك بهدوء في أنشطة وقت الفراغ	٠,٦٨٥
٢	٣٨	أضرب أو أدفع الآخرين (كثير الشغب)	٠,٦٥٤
٣	٣٧	أتحدث بطريقة زائدة عن الحد	٠,٥٩٨
٤	٣٩	يصعب عليَّ الجلوس ساكناً في مقعدي (أهز قدمي أو أتلوى في مقعدي)	٠,٥٣٢
٥	٤١	أتحرك باستمرار وأتصرف كما لو كنت مندفع بمحرك	٠,٥١٤
٦	٤٢	أشعر بالقلق وعدم الاستقرار	٠,٣٥٩
الجذر الكامن		٢,٢٥	
نسبة التباين		٤,٦٨ %	

يتضح من جدول (١٠) أن العامل الرابع للمقياس تشبع عليه ست مفردات تراوحت تشبعاتها بين ٠,٦٨٥ ، ٠,٣٥٩ وتدور حول تحدث الفرد بطريقة زائدة عن الحد ، وعدم القدرة على الجلوس هادئاً ، والتحرك باستمرار ودفع الآخرين لذلك يقترح مُعد الأداة تسمية هذا العامل **النشاط الزائد** .

جدول (١١)

التشبعات الجوهرية على العامل الخامس لمقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي

م	رقم البند	نص البند	التشبع
١	٤٥	أتسرع في الإجابة قبل أن يتم طرح أو إكمال الأسئلة	٠,٦٨٦
٢	٤٨	يصعب عليَّ الانتظار حتى يأتي دوري	٠,٦٣٣
٣	٤٦	أنتقل من نشاط إلى آخر دون الانتهاء من النشاط الأول	٠,٥٩٤
٤	٤٣	أقاطع الآخرين وأفرض نفسي على أنشطتهم	٠,٤٠٦
٥	٤٧	يصعب عليَّ إتباع التعليمات	٠,٣٨٩
٦	٤٤	تنقصني اللباقة وأتفوه بأي شئ يطرأ على ذهني	٠,٣٢٤
الجذر الكامن		٢,٠٥	
نسبة التباين		٤,٢٨ %	

يتضح من جدول (١١) أن العامل الخامس للمقياس تشبع عليه ست مفردات تراوحت تشبعاتها بين ٠,٦٨٦ ، ٠,٣٢٤ وتدور جميعها حول التسرع وعدم القدرة على الانتظار ، ومقاطعة الآخرين باستمرار وعدم القدرة على إتباع التعليمات ؛ لذلك يقترح مُعد الأداة تسمية هذا العامل **الاندفاعية** .

جدول (١٢)

التشبعات الجوهرية على العامل السادس لمقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي

م	رقم البند	نص البند	التشبع
١	١٧	أستخدم ممتلكات الآخرين دون الحصول على إذن منهم	٠,٥٨٩
٢	٨	أسهر خارج المنزل دون رغبة والديَ	٠,٥٣٣
٣	١١	أهرب (أزوغ) من المدرسة	٠,٤٦٩
٤	١٠	هربت من المنزل ليلاً بواقع مرة أو مرتين بدون العودة لمدة أسبوعين	٠,٣٨٧
٥	٩	سبق لي أن فصلت من المدرسة	٠,٣٥٠
الجذر الكامن		١,٧٦	
نسبة التباين		٣,٦٧ %	

يتضح من جدول (١٢) أن العامل السادس للمقياس تشبع عليه خمس مفردات تراوحت تشبعاتها بين ٠,٥٨٩ ، ٠,٣٥٠ ، وتدور جميعها حول الاعتداء على ممتلكات الآخرين ، والسهر خارج المنزل ، والهروب من المنزل وعدم الالتزام بتعليمات الوالدين ؛ لذلك يقترح مُعد الأداة تسمية هذا العامل **انتهاك القواعد** .

جدول (١٣)

التشبعات الجوهرية على العامل السابع لمقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي

م	رقم البند	نص البند	التشبع
١	١٥	غافلت شخص ما وقمت بسرقته	٠,٥١٩
٢	١٤	سرقت نقوداً من زملائي الذين أعيش معهم	٠,٤٨٢
٣	١٦	أقوم بسرقة الأشياء عندما أشعر أنني غير مراقب	٠,٤٥٢
٤	١٣	خطفت حافظة نقود من شخص ما	٠,٤٠٦
الجذر الكامن		١,٦٧	
نسبة التباين		٣,٤٩ %	

يتضح من جدول (١٣) أن العامل السابع للمقياس تشبع عليه أربع مفردات تراوحت تشبعاتها بين ٠,٥١٩ ، ٠,٤٠٦ وتدور جميعها حول الاحتيال على الآخرين وسرقتهم ؛ لذلك يقترح مُعد الأداة تسمية هذا العامل **الاحتيال أو السرقة .**

وبناء على ما سبق فإن مفردات مقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي قد تشبعت إلى حد كبير بسبعة عوامل ، مما يؤيد صحة البناء الذي افترضه مُعد الأداة ، وبما يتفق أيضاً مع صدق محتوى المقياس ، وصدق المحكمين ، مما يؤكد على أن المقياس يُعد صادقاً صدقاً عاملياً .

٢- الصدق التلازمي :

تم التحقق من الصدق التلازمي للمقياس ، وذلك بحساب معامل الارتباط بين الدرجات التي حصل عليها عينة التقنين (كل مجموعة عمرية على حدة) وبين درجاتهم على مقياس أنماط السلوك المشكل إعداد عبد المنعم شحاتة وأمنية الشناوي (٢٠١٠) بعد إعداد صورة مبسطة تناسب تلاميذ المرحلة الابتدائية لاستخدامها في هذا الغرض ، والجدول التالي يوضح ما تم التوصل إليه من نتائج في هذا الصدد .

جدول (١٤)

معاملات الارتباط بين درجات أفراد عينة التقنين على مقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي ودرجاتهم على مقياس أنماط السلوك المشكل

العينة	الجنس (النوع)	العدد	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
تلاميذ المرحلة الابتدائية	ذكور	١٠٠	٠,٧٩٣	٠,٠١
	إناث	١٠٠	٠,٦٤١	٠,٠١
تلاميذ المرحلة الإعدادية	ذكور	١٠٠	٠,٧٣٤	٠,٠١
	إناث	١٠٠	٠,٧٢٣	٠,٠١
تلاميذ المرحلة الثانوية	ذكور	١٠٠	٠,٨٦٥	٠,٠١
	إناث	١٠٠	٠,٧٧٤	٠,٠١
طلاب المرحلة الجامعية	ذكور	١٠٠	٠,٨٨٢	٠,٠١
	إناث	١٠٠	٠,٧٥٩	٠,٠١

يتضح من جدول (١٤) أن معاملات الارتباط الناتجة موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ مما يشير إلى صدق تلازمي مرتفع للمقياس .

٣- الصدق الاتفاقى :

يعنى الصدق الاتفاقى أن المقياس يرتبط بغيره من المقاييس الأخرى التي تقيس متغيرات لها نفس الاتجاه النفسي الايجابي من الناحية النظرية (والكر Walker ، ٢٠١٠) .

واعتماداً على ذلك تم تطبيق مقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي مع مقياس القلق للأطفال تأليف كاستانيدا وآخرون إعداد فيولا الببلاوى (١٩٨٧ب) ، واختبار الاكتئاب للأطفال تأليف ماريا كوفاكس إعداد محمد الطيب (١٩٨٣) ، ومقياس السلوك العدواني والعدائي للمراهقين والشباب إعداد آمال باظة (٢٠٠٣) ، ومقياس مظاهر القلق للمراهقين والراشدين إعداد مجدي الدسوقي (١٩٩٨ أ) ، وقائمة تشخيص الاكتئاب إعداد مجدي الدسوقي (٢٠٠٢ أ) ، مقياس التشاؤم من قائمة التفاؤل والتشاؤم إعداد مجدي الدسوقي (٢٠٠٢ ب) ، ومقياس الشعور باليأس إعداد مجدي الدسوقي (٢٠٠٦ب) على أفراد عينة التقنين ، والجدول التالي يوضح ما تم التوصل إليه من نتائج في هذا الصدد .

جدول (١٥)

معاملات الارتباط بين مقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي وعدد من المقاييس النفسية لدى أفراد عينة التقنين

العينة	الجنس	المقياس	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
تلاميذ المرحلة الابتدائية	ذكور ن = ٥٠	- اختبار الاكتئاب للأطفال	٠,٧٧٣	٠,٠١
		- مقياس القلق للأطفال	٠,٧٤٥	٠,٠١
	إناث ن = ٥٠	- اختبار الاكتئاب للأطفال	٠,٧٨٢	٠,٠١
		- مقياس القلق للأطفال	٠,٧٢٦	٠,٠١
	الكلية ن = ١٠٠	- اختبار الاكتئاب للأطفال	٠,٧٥٥	٠,٠١
		- مقياس القلق للأطفال	٠,٧٢٧	٠,٠١
تلاميذ المرحلة الإعدادية	الذكور ن = ١٠٠	- مقياس مظاهر القلق	٠,٨٤٦	٠,٠١
		- مقياس السلوك العدواني والعدائي	٠,٧٩٣	٠,٠١
	الإناث ن = ١٠٠	- مقياس مظاهر القلق	٠,٧٨٤	٠,٠١
		- مقياس السلوك العدواني والعدائي	٠,٧٣٥	٠,٠١
	العينة الكلية ن = ٢٠٠	- مقياس مظاهر القلق	٠,٨١٣	٠,٠١
		- مقياس السلوك العدواني والعدائي	٠,٧٤٥	٠,٠١
تلاميذ المرحلة الثانوية	الذكور ن = ١٠٠	- مقياس الشعور باليأس	٠,٨٧٥	٠,٠١
		- مقياس مظاهر القلق	٠,٨٩٣	٠,٠١
		- مقياس السلوك العدواني والعدائي	٠,٨٥٤	٠,٠١

العينة	الجنس	المقياس	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
	الإناث ن = ١٠٠	– مقياس الشعور باليأس	٠,٧٧٦	٠,٠١
		– مقياس مظاهر القلق	٠,٧٠٧	٠,٠١
		– مقياس السلوك العدواني والعدائي	٠,٨٢٦	٠,٠١
	العينة الكلية ن = ٢٠٠	– مقياس الشعور باليأس	٠,٧٧٥	٠,٠١
		– مقياس مظاهر القلق	٠,٧٤٦	٠,٠١
		– مقياس السلوك العدواني والعدائي	٠,٨٣٧	٠,٠١
طلاب المرحلة الجامعية	الذكور ن = ١٠٠	– مقياس التشاؤم	٠,٨١٦	٠,٠١
		– مقياس الشعور باليأس	٠,٨٠٦	٠,٠١
		– قائمة تشخيص الاكتئاب	٠,٧٠٨	٠,٠١
	الإناث ن = ١٠٠	– مقياس التشاؤم	٠,٧٩٣	٠,٠١
		– مقياس الشعور باليأس	٠,٧٨٤	٠,٠١
		– قائمة تشخيص الاكتئاب	٠,٧٢٧	٠,٠١
	العينة الكلية ن = ٢٠٠	– مقياس التشاؤم	٠,٨٠٦	٠,٠١
		– مقياس الشعور باليأس	٠,٧٧٧	٠,٠١
		– قائمة تشخيص الاكتئاب	٠,٧١٢	٠,٠١

يتضح من جدول (١٥) أن مقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي يتصف بمعاملات صدق مرتفعة لارتباطه ارتباطاً موجباً ودالاً عند مستوى ٠,٠١ مع كل من القلق ، والسلوك العدواني والعدائي ، والاكتئاب ، والشعور باليأس وتؤكد هذه النتائج الصدق الاتفاقى للمقياس ، وتتمشى هذه

النتائج بصفة عامة مع نتائج دراسات (ملتينو وآخرون . Molteno et al ، ٢٠٠١ ؛ سوكهودولسكي وآخرون .Sukhodolsky et al ، ٢٠٠٥ ؛ سونديجيكر وآخرون .Sondeijker et al ، ٢٠٠٧ ؛ ويلسون وليبسي Wilson & Lipsey ، ٢٠٠٧ ؛ دي بور وآخرون .De Boer et al ، ٢٠١٢) والتي أوضحت نتائجهم ارتباط اضطراب السلوك الفوضوي ايجابياً بكل من القلق ، والاكتئاب ، والشعور باليأس ، والسلوك العدواني ، والتشاؤم .

٤- الصدق التعارضي :

يعني الصدق التعارضي أن المقياس يرتبط بغيره من المقاييس الأخرى التي تقيس متغيرات لها نفس الاتجاه النفسي المضاد (السلبي) من الناحية النظرية (والكر Walker ، ٢٠١٠) .

واعتماداً على ذلك تم تطبيق مقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي مع عدد من المقاييس منها مقياس المثابرة إعداد مجدي الدسوقي (١٩٩٨ ب) ، وقائمة تقدير التوافق للأطفال إعداد عبد الوهاب كامل (١٩٨٨) ، وقائمة تقدير الذات للأطفال إعداد عبد اللطيف خليفة وآخرون (٢٠٠٧) ، ودليل تقدير الذات إعداد مجدي الدسوقي (٢٠٠٤) ، وقائمة الاتجاه نحو الذات إعداد مجدي الدسوقي (٢٠٠٣) والتي تقيس بعدى الثقة بالنفس ، والاستحسان الاجتماعي ، واختبار الكفاءة الاجتماعية إعداد مجدي حبيب (١٩٩٠) ، ومقياس التوافق النفسي إعداد زينب شقير (٢٠٠٣) ، ومقياس الاستحسان الاجتماعي إعداد رشاد موسى وصلاح أبو ناهية (١٩٨٦) على أفراد عينة التقنين ، والجدول التالي يوضح ما تم التوصل إليه من نتائج في هذا الصدد .

جدول (١٦)

معاملات الارتباط بين مقياس تقدير أعراض إضطراب السلوك الفوضوي وعدد من المتغيرات النفسية لدى أفراد عينة التقنين

العينة	الجنس	المقياس	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
أطفال المرحلة الإبتدائية	ذكور ن = ٥٠	– مقياس المثابرة	– ٠,٦٤٥	٠,٠١
		– قائمة تقدير التوافق للأطفال	– ٠,٧٤٨	٠,٠١
		– قائمة تقدير الذات للأطفال	– ٠٧٥٦	٠,٠١
	إناث ن = ٥٠	– مقياس المثابرة	– ٠,٦٦٧	٠,٠١
		– قائمة تقدير التوافق للأطفال	– ٠,٧٣١	٠,٠١
		– قائمة تقدير الذات للأطفال	– ٠,٦٨٦	٠,٠١
	العينة الكلية ن = ١٠٠	– مقياس المثابرة	– ٠,٦٥٤	٠,٠١
		– قائمة تقدير التوافق للأطفال	– ٠,٦٩٠	٠,٠١
		– قائمة تقدير الذات للأطفال	– ٠,٧٤٣	٠,٠١
تلاميذ المرحلة الإعدادية	ذكور ن = ١٠٠	– قائمة الاتجاه نحو الذات :	– ٠,٦٧٦	٠,٠١
		أ– مقياس الاستحسان الاجتماعي	– ٠,٦٦٧	٠,٠١
		ب– مقياس الثقة بالنفس	– ٠,٦٨٧	٠,٠١
		– دليل تقدير الذات	– ٠,٦٥٦	٠,٠١
	إناث ن = ١٠٠	– قائمة الاتجاه نحو الذات :	– ٠,٦٦٨	٠,٠١
		أ– مقياس الاستحسان الاجتماعي	– ٠,٦٧٤	٠,٠١
		ب– مقياس الثقة بالنفس	– ٠,٦٨٥	٠,٠١
		– دليل تقدير الذات	– ٠,٦٧٣	٠,٠١

العينة	الجنس	المقياس	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
	العينة الكلية ن = ٢٠٠	- قائمة الاتجاه نحو الذات :	- ٠,٦٧٤	٠,٠١
		أ- مقياس الاستحسان الاجتماعي	- ٠,٦٥٥	٠,٠١
		ب- مقياس الثقة بالنفس	- ٠,٦٧٧	٠,٠١
		- دليل تقدير الذات	- ٠,٦٦٥	٠,٠١
تلاميذ المرحلة الثانوية	ذكور ن = ١٠٠	- مقياس التوافق النفسي	- ٠,٦٨٩	٠,٠١
		- مقياس الاستحسان الاجتماعي	- ٠.٧٥٤	٠,٠١
		- اختبار الكفاءة الاجتماعية	- ٠,٧٣٠	٠,٠١
	إناث ن = ١٠٠	- مقياس التوافق النفسي	- ٠,٦٧٧	٠,٠١
		- مقياس الاستحسان الاجتماعي	- ٠,٦٩٢	٠,٠١
		- اختبار الكفاءة الاجتماعية	- ٠,٦٨٥	٠,٠١
	العينة الكلية ن = ٢٠٠	- مقياس التوافق النفسي	- ٠,٦٧٦	٠,٠١
		- مقياس الاستحسان الاجتماعي	- ٠,٦٨٦	٠,٠١
		- اختبار الكفاءة الاجتماعية	- ٠,٦٧٦	٠,٠١
طلاب المرحلة الجامعية	ذكور ن = ١٠٠	- مقياس التوافق النفسي	- ٠,٧٧٥	٠,٠١
		- مقياس الاستحسان الاجتماعي	- ٠,٦٨	٠,٠١
		- اختبار الكفاءة الاجتماعية	- ٠,٧٢	٠,٠١
	إناث ن = ١٠٠	- مقياس التوافق النفسي	- ٠,٨٠	٠,٠١
		- مقياس الاستحسان الاجتماعي	- ٠,٧٣٢	٠,٠١
		- اختبار الكفاءة الاجتماعية	- ٠,٦٣٨	٠,٠١

العينة	الجنس	المقياس	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
	العينة الكلية ن = ٢٠٠	- مقياس التوافق النفسي	- ٠,٧٨٠	٠,٠١
		- مقياس الاستحسان الاجتماعي	- ٠,٦٩١	٠,٠١
		- اختبار الكفاءة الاجتماعية	- ٠,٦٥٦	٠,٠١

يتضح من جدول (١٦) أن مقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي يتصف بمعاملات صدق مرتفعة لارتباطه ارتباطاً سالباً ودالاً عند مستوى ٠,٠١ مع كل من المثابرة ، تقدير التوافق ، وتقدير الذات ، والاستحسان الاجتماعي ، والثقة بالنفس ، والكفاءة الاجتماعية ، والتوافق النفسي وتؤكد هذه النتائج الصدق التعارضي للمقياس ، وتتمشى هذه النتائج بصفة عامة مع نتائج دراسات (جوفريمونتودوماس Guevremont & Dumas ، ١٩٩٤ ؛ ديكر وآخرون Dekker et al. ، ٢٠٠٢ ؛ فرانكل وفينبرج Frankel & Feinberg ، ٢٠٠٢ ؛ لير وآخرون Lier et al. ، ٢٠٠٣ ؛ هيلجيلاند وآخرون Helgeland et al. ، ٢٠٠٥ ؛ لونا وكامال Loona & Kamal ، ٢٠١١) والتي أوضحت نتائجهم وجود علاقة دالة إحصائياً بين اضطراب السلوك الفوضوي وكل من تدني تقدير الذات ، والسلوك الاجتماعي السلبي ، وقصور المهارات الاجتماعية وفقدان الثقة بالنفس ، وعدم القدرة على التوافق الاجتماعي مع الآخرين .

النتائج المتعلقة بالفرض الرابع (ثبات المقياس) :

تم حساب ثبات المقياس باستخدام الطريقتين الآتيتين :

١- طريقة إعادة الإجراء :

تم تطبيق المقياس ثم أعيد تطبيقه مرة أخرى بفاصل زمني قدره شهر على

مجموعة من أفراد عينة التقنين ، وبعد ذلك تم حساب معامــل الارتبــاط بــين درجات أفراد كل مجموعة عمرية في التطبيقين الأول والثــاني علــى الأبعــاد الفرعية وكذلك الدرجة الكلية على المقياس ، والجدول التالي يوضــح مــا تــم التوصل إليه من نتائج في هذا الصدد .

جدول (١٧)

معاملات ثبات مقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي بطريقة إعادة الإجراء

العينة	العدد	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
تلاميذ المرحلة الابتدائية	٣٦	٠,٨٣٧	٠,٠١
تلاميذ المرحلة الإعدادية	٤٣	٠,٨٨٦	٠,٠١
تلاميذ المرحلة الثانوية	٥٥	٠,٧٩٤	٠,٠١
طلاب المرحلة الجامعية	٦١	٠,٨٠٦	٠,٠١

يتضح من جدول (١٧) أن معاملات الارتباط الناتجة أو معاملات الثبات دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ مما يشير إلى أن المقياس يتمتع بدرجة عاليــة من الثبات .

٢- طريقة التجزئة النصفية :

تم تقسيم المقياس إلى نصفين أحدهما يتضمن العبارات الفردية ، والآخــر يتضمن العبارات الزوجية ، وتم حساب معامل الارتباط بــين درجــات البنــر

الفردية ، ودرجات البنود الزوجية لأفراد كل مجموعة عمرية من أفـراد عينـة التقنين ، وبعد ذلك تم تصحيح معاملات الارتبـاط الناتجـة باسـتخدام معادلـة سبيرمان – براون Spearman Brown ، والجدول التالي يوضح النتائج التي تم التوصل إليها في هذا الصدد .

جدول (١٨)

معاملات ثبات مقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي بطريقة التجزئة النصفية لدى مجموعة من أفراد عينة التقنين

العينة	العدد	معامل ارتباط النصفين	معامل الثبات	مستوى الدلالة
تلاميذ المرحلة الابتدائية	٣٠	٠,٨٤٢	٠,٩١٤	٠,٠١
تلاميذ المرحلة الإعدادية	٤٠	٠,٨٤٦	٠,٩١٧	٠,٠١
تلاميذ المرحلة الثانوية	٥٠	٠,٨٩٧	٠,٩٤٦	٠,٠١
طلاب المرحلة الجامعية	٥٠	٠,٨٤٩	٠,٩١٨	٠,٠١

يتضح من جدول (١٨) أن معاملات الارتباط الناتجة أو معاملات الثبات باستخدام طريقة التجزئة النصفية دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ مما يشير إلى أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات .

النتائج المتعلقة بالفرض الخامس :

يوضح الجدول التالي المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد عينة البحث على مقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي .

جدول (١٩)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد عينة البحث على مقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي

العينة	الجنس (النوع)	العدد	م	ع	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
تلاميذ المرحلة الابتدائية	ذكور	١٠٠	١٠١,٩٥	١٨,٤٣	٢,٨٦	٠,٠١
	إناث	١٠٠	٩٥,١١	١٥,٠١		
تلاميذ المرحلة الإعدادية	ذكور	١٠٠	١١٠,٢٢	٢٠,٣١	٢,٩٥	٠,٠١
	إناث	١٠٠	١٠٢,١٧	١٨,٠٥		
تلاميذ المرحلة الثانوية	ذكور	١٠٠	١٣٢,١١	٢٢,٧٥	٣,٨	٠,٠١
	إناث	١٠٠	١٢٠,٥٢	٢٠,٠٣		
طلاب المرحلة الجامعية	ذكور	١٠٠	١٣٩,٢٧	٢٥,١١	٣,١٤	٠,٠١
	إناث	١٠٠	١٢٨,٣٦	٢٣,٧٢		

يتضح من جدول (١٩) وجود فرق دال إحصائياً بين متوسط الدرجات التي حصل عليها تلاميذ المرحلة الابتدائية ، ومتوسط الدرجات التي حصل عليها تلميذات المرحلة الابتدائية على مقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي ؛ حيث كانت قيمة "ت" الخاصة بالمقارنة بين هذين المتوسطين تبلغ ٢,٨٦ وهى قيمة دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ وجاء هذا الفرق لصالح التلاميذ ، وهذا يعنى أن تلاميذ المرحلة الابتدائية يعانون من أعراض اضطراب السلوك الفوضوي بدرجة أكبر من التلميذات .

كما يتضح من نفس الجدول وجود فرق دال إحصائياً بين متوسط الدرجات التي حصل عليها تلاميذ المرحلة الإعدادية ، ومتوسط الدرجات التي حصل عليها تلميذات المرحلة الإعدادية على مقياس تقدير اضطراب السلوك الفوضوي ؛ حيث كانت قيمة "ت" الخاصة بالمقارنة بين هذين المتوسطين تبلغ ٢,٩٥ وهى قيمة دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ ، وجاء هذا الفرق لصالح التلاميذ ، وتعنى هذه النتيجة أن تلاميذ المرحلة الإعدادية يعانون من أعراض اضطراب السلوك الفوضوي بدرجة أكبر من التلميذات .

كما يتضح من نفس الجدول أيضاً وجود فرق دال إحصائياً بين متوسط الدرجات التي حصل عليها تلاميذ المرحلة الثانوية ، ومتوسط الدرجات التي حصل عليها تلميذات المرحلة الثانوية على مقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي ؛ حيث كانت قيمة "ت" الخاصة بالمقارنة بين هذين المتوسطين تبلغ ٣,٨ وهى قيمة دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ ، وجاء هذا الفرق لصالح التلاميذ ، وتعنى هذه النتيجة أن تلاميذ المرحلة الثانوية يعانون من اضطراب السلوك الفوضوي بدرجة أكبر من التلميذات

كما يتضح من جدول (١٩) وجود فرق دال إحصائياً بين متوسط الدرجات التي حصل عليها طلاب المرحلة الجامعية ، ومتوسط الدرجات التي حصل عليها طالبات المرحلة الجامعية على مقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي ؛ حيث كانت قيمة "ت" الخاصة بالمقارنة بين هذين المتوسطين تبلغ ٣,١٤ وهى قيمة دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ ، وجاء هذا الفرق لصالح الطلاب ، وتعنى هذه النتيجة أن طلاب المرحلة الجامعية يعانون

من أعراض اضطراب السلوك الفوضوي بدرجة أكبر من الطالبات ، وتتمشى هذه النتائج بصفة عامة مع نتائج دراسة لير وآخرون .Lier et al (٢٠٠٣) ؛ ونتائج دراسة كونور وآخرون .Connor et al (٢٠٠٤) التي أوضحت وجود فروق بين متوسطات درجات الذكور ، ومتوسطات درجات الإناث على المقاييس الفرعية لاضطراب السلوك الفوضوي لصالح الذكور ، وربما يرجع ذلك إلى طبيعة الأنثى وما تفرضه عليها ظروف التنشئة الاجتماعية من قيود تجعلها غير قادرة على التنفيس الانفعالي الكامل عن مشاعرها .

خلاصة وتوصيات :

على ضوء ما أسفر عنه البحث من نتائج تشير إلى أن المقياس يتمتع بمعاملات صدق وثبات عالية يوصى الباحث بضرورة استخدام المقياس في البحوث المستقبلية في مجال الاضطرابات النفسية ، وفي مجال الإرشاد النفسي والتربوي للأطفال والمراهقين ، وخاصة أن المقياس يمكن استخدامه كمقياس للتقرير الذاتي أو كأداة لجمع المعلومات أو التشخيص من خلال تقديرات المعلمين والوالدين والأقران مما يحقق مميزات عديدة في قياس الشخصية ، كما يوصي الباحث بضرورة تطبيق المقياس على عينات من الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة للتحقق من ملاءمة المقياس للتطبيق على هذه العينات .

المراجع

المراجع

أولاً : المراجع العربية :

أحمد محمد جاد الرب أبو زيد (٢٠٠٧) . السلوك الفوضوي وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية لدى عينة من الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم في المرحلة العمرية من ٩ – ١٢ سنة ومدى فاعلية التدخل العلاجي في خفضه . رسالة دكتوراه ، كلية التربية ، جامعة حلوان .

آمال عبد السميع باظة (٢٠٠٣) . مقياس السلوك العدواني والعدائي للمراهقين والشباب . القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .

آن سكستون (٢٠٠٤) . إيذاء الذات : التشخيص – الأسباب – العلاج (ترجمة) . حسن مصطفي عبد المعطي . القاهرة : دار السحاب للنشر والتوزيع .

آلان كازدين (٢٠٠٠) . الاضطرابات السلوكية للأطفال والمراهقين (ترجمة) عادل عبد الله محمد . القاهرة : دار الرشاد .

جمال محمد الخطيب (٢٠٠١) . تعديل سلوك الأطفال المعوقين : دليل الآباء والمعلمين . عمان : دار حنين للنشر والتوزيع .

جمعة سيد يوسف (٢٠٠٠) . الاضطرابات السلوكية وعلاجها . القاهرة : دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع .

حسن بن إدريس عبده الصميلي (٢٠٠٩) . فاعلية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي في خفض السلوك الفوضوي لدى عينة من طلاب

المرحلة الثانوية بمنطقة جازان التعليمية . رسالة دكتوراه ، كلية التربية ، جامعة أم القرى ، السعودية .

رجاء محمود أبو علام (٢٠٠٣) . التحليل العاملي للبيانات باستخدام SPSS . القاهرة : دار النشر للجامعات .

رشاد عبد العزيز موسى ، صلاح الدين محمد أبو ناهية (١٩٨٦) . مقياس الاستحسان الاجتماعي . القاهرة : دار النهضة العربية .

زينب محمود شقير (٢٠٠٣) . مقياس التوافق النفسي . القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .

عبد الرقيب أحمد البحيري (١٩٨٤) . قائمة مراجعة الأعراض . القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .

عبد الرقيب أحمد البحيري ، عفاف محمد عجلان (١٩٩٧) . مقياس انتباه الأطفال وتوافقهم " كراسه التعليمات " . القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .

عبد العزيز السيد الشخص ، زيدان أحمد السرطاوي (١٩٩٩) . تربية الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكياً (النظرية والتطبيق) ، الجزء الأول . العين : دار الكتاب الجامعي .

عبد المطلب أمين القريطي (٢٠٠٥) . سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم (ط٤) . القاهرة : دار الفكر العربي .

عبد اللطيف محمد خليفة ، وفاء إمام عبد الفتاح ، لمياء بكرى أحمد (٢٠٠٧) . قائمة تقدير الذات للأطفال . القاهرة : مركز البحوث والدراسات النفسية .

عبد المنعم شحاتة ، أمنية إبراهيم الشناوي (٢٠١٠) . أنماط السلوك المشكل لدى المراهقين : دراسة استكشافية على طلاب محافظة المنوفية . دراسات عربية في علم النفس ، مجلد ٩ ، العدد ٢ ، ص ص ٢٧١ – ٣٠٠ .

عبد الوهاب محمد كامل (١٩٨٨) . قائمة تقدير التوافق للأطفال . طنطا : المكتبة القومية الحديثة .

غريب عبد الفتاح غريب (٢٠٠٠) . البناء العاملي لمقياس بيك الثاني للاكتئاب BDI-II على عينة مصرية من طلاب الجامعة . دراسات نفسية ، المجلد ١٠ ، العدد٢ ، ص ص ٣٨٢ – ٣٩٧ .

فيولا الببلاوى (١٩٨٧أ) . مقياس الرضا الزواجي . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

فيولا الببلاوي (٩٨٧ ب) . مقياس القلق للأطفال . القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .

فيولا الببلاوى (١٩٨٨) . مقياس الضغوط الوالدية : دليل للتعرف على الأطفال المعرضين للخطر . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

مجدي عبد الكريم حبيب (١٩٩٠) . اختبار الكفاءة الاجتماعية . القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .

مجدي محمد الدسوقي (١٩٩٨ أ) . مقياس مظاهر القلق للمراهقين والراشدين . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

مجدي محمد الدسوقي (١٩٩٨ ب) . مقياس المثابرة . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

مجدي محمد الدسوقي (٢٠٠٢ أ) . قائمة تشخيص الاكتئاب . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .
مجدي محمد الدسوقي (٢٠٠٢ ب) . مقياس التفاؤل والتشاؤم . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .
مجدي محمد الدسوقي (٢٠٠٣) . قائمة الاتجاه نحو الذات . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .
مجدي محمد الدسوقي (٢٠٠٤) . دليل تقدير الذات . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .
مجدي محمد الدسوقي (٢٠٠٥ أ) . قائمة تشخيص أعراض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ADHD Symptom Checklist-4 (: ADHD - SC4). القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .
مجدي محمد الدسوقي (٢٠٠٥ ب) . مقياس تقدير أعراض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (دليل إرشادي للقائمين بعملية التشخيص) . القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية .
مجدي محمد الدسوقي (٢٠٠٦أ) . اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد " الأسباب – التشخيص – الوقاية – العلاج " . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .
مجدي محمد الدسوقي (٢٠٠٦ب) . الشعور باليأس والعجز وتصور الانتحار لدى عينة من النساء الراشدات المعرضات للإساءة الزوجية . مجلة الإرشاد النفسي ، مركز الإرشاد النفسي ، جامعة عين

شمس ، العدد ٢٠ ، ص ص ٥٣ – ١٦٠ .

مجدي محمد الدسوقي (٢٠٠٨) . دراسات في الصحة النفسية (المجلد الثاني) . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية :

مجدي محمد الدسوقي (٢٠١٣ أ) . مقياس اضطراب العناد والتحدي . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

مجدي محمد الدسوقي (٢٠١٣ ب) . مقياس تقدير أعراض اضطراب المسلك . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

مجدي محمد الدسوقي (٢٠١٤أ) . مقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

مجدي محمد الدسوقي (٢٠١٤ب) . اضطراب المسلك " الأسباب – التشخيص – الوقاية – العلاج " . القاهراة : مكتبة الأنجلو-المصرية .

محمد عبد الظاهر الطيب (١٩٨٣) . اختبار الاكتئاب للأطفال . الإسكندرية : دار المطبوعات الجديدة .

محمد على كامل (١٩٩٦) . سيكولوجية الفئات الخاصة . القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .

وليد موسى القصاص (٢٠٠٢) . فاعلية برنامج إرشادي جمعي في خفض السلوك الفوضوي لدى طلبة الصف العاشر الأساسي في مدرسة حوارة الشاملة للبنين . رسالة ماجستير ، الجامعة الهاشمية ، الأردن .

ثانياً : المراجع الأجنبية :

Abidin, R. R. (1983). *Parenting stress index (PSI)- professional*

manual. Charlottesville, Virginia: Pediatric Psychology Press.

Abidin, R. R. (1995). *Parenting stress index (PSI)- professional manual (3rd ed.).* Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Abikoff, H., & Klein, R. G. (1992) . Attention deficit hyperactivity and conduct disorder : Comorbidity and implications for treatment . *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 60, PP. 883 - 892.*

Abrahamse, M. E. ; Junger, M. ; Chavannes, E. L. ; Coelman, F. J. ; Boer, F., & Lindauer, R. J. (2012). *Parent-child interaction therapy for preschool children with disruptive behavior problems in the Netherlands. Child and Adolescent Psychiatry & Mental Health, Vol. 6(24), PP. 1-9* .

Achenbach, T. M. (1991a) . *Manual for the revised child behavior profile and child behavior checklist* . Burlington, VT : Author .

Achenbach, T. M. (1991b). *Integrative guide for 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles.* Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1983). *Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile.* Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1986). *Manual for the teacher report form and child behavior profile.* Burlington: University of Vermont, Department of

Psychiatry.

Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1987). *Manual for the child behavior checklist and youth self report.* Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Achenbach, T. M. ; McConaughy, S. H., & Howell, C. T. (1987). Child-adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin, Vol.101(2), PP. 213-232.*

Achenbach, T. M. ; Conners, C. K. ; Quay, H. C. ; Verhulst, F. C., & Howell, C. T. (1989). Replication of empirically derived syndromes as a basis for taxonomy of child / adolescent Psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol.17(3), PP. 299 - 323.*

Achenbach, T. M. ; Howell, C. T. ; Quay, H. C., & Connors, C. K. (1991). National survey of problems and competencies among four - to sixteen year - olds : Parents reports for normative and clinical samples . *Monographs of the Society for Research in Child Development, Vol. 56(3), PP. 1 - 120.*

Aguilar, B. ; Sroufe, A. ; Egeland, B., & Carlson, E. (2000). Distinguishing the early-onset/persistent and adolescence-onset antisocial behavior types: From birth to 16 years. *Development anal Psychopathology, Vol. 12(2), PP.109 - 132.*

Althoff, R. R. ; Rettew, D. C., & Hudziak, J. J. (2003) . Attention deficit hyperactivity disorder , oppositional defiant disorder, and conduct disorder. *Psychiatric Annals, Vol. 33 (4), PP. 245 - 252 .*

Althoff, R. R. ; Rettew, D. C., & Hudziak, J. J. (2003). Attention deficit hyperactivity disorder , oppositional defiant disorder, and conduct disorder. *Psychiatric Annals, Vol. 33 (4), PP. 245 - 252*.

Aman, M. G.; Hammer, D., & Rojahan, J. (1993). Mental retardation. In T. H. Ollendick & M. Hersen (Eds.), *Handbook of child and adolescent assessment (pp. 321-345)*, Boston : Allyn and Bacon.

American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (1997). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorder. Retrieved from http://aacap.browsermedia.com/galleries/PracticeParameters/Conduct.pdf.

American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder . *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, Vol. 46 (1), PP. 126 - 141*.

American Psychiatric Association (1980). *The diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.)*. Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, text revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC : American

Psychiatric Press .

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, (DSM-5).* Washington, DC : American Psychiatric Press .

Anastopoulos, A. D. (1999). Attention deficit hyperactivity disorder. In S. D. Netherton ; D. Holmes & C. E. Walker (Eds.), *Child and adolescent psychological disorders : A comprehensive textbook (pp. 98 - 117)* . New York : Oxford University Press .

Anderson, C. A. ; Hinshaw, S. P., & Simmel, C. (1994) . Mother - child interactions in ADHD and comparison boys : Relationships with overt and covert externalizing behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 22(2), PP. 247 - 265* .

Angold, A., & Costello, E. J. (2001) . The epidemiology of disorders of conduct : Nosological issues and comorbidity. In J. Hill & B. Maughan (Eds.), *Conduct disorders in childhood and adolescence (pp.126 - 168)*. Cambridge : Cambridge University Press .

Arnold, D. S. ; O'Leary, S. G. ; Wolf, L. S., & Acker, M. M. (1993). The parenting scale: A measure of dysfunctional parenting in discipline situations. *Psychological Assessment, Vol.5(2), PP. 137-144.*

Arnold, L. ; Staff, D. ; Cook, E. ; Wright, C. ; Cohen, D. J. ; Kruesi, M. ; Hattab, J., et al. (1996). Biologic procedures: Ethical issues in research with children and adolescents. In K. Hoagwood ; P. S. Jensen & C. Fisher (Eds.), *Ethical issues in mental health research with children and adolescents (pp.89 -111).* Hillsdale,

NJ : Erlbaum.

August, G. L. ; Realmutto, G. M. ; Hektner, J. M., & Bloomquist, M. L. (2001) . An integrated components preventive intervention for aggressive elementary school children : The early risers' program . *Journal of Consulting & Clinical Psychology, Vol. 69, PP. 614 - 626.*

Bagner, D. M., & Eyberg S. M. (2007). Parent-child interaction therapy for disruptive behavior in children with mental retardation: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, Vol. 36(3), PP. 418 - 429.*

Bailey, J. A. ; Hill, K. G. ; Guttmannova, K. ; Oesterle, S. ; Hawkins, J. D. ; Catalano, R. F., & McMahon, R. J. (2013). The association between parent early adult drug use disorder and later observed parenting practices and child behavior problems: Testing alternate models. *Developmental Psychology, Vol.49(5), PP. 887 - 899.*

Baillargeon, R. H. ; Sward, G. D. ; Keenan, K., & Cao, G. (2011). Opposition-defiance in the second year of life: A population-based cohort study. *Infancy, Vol. 16(4), PP. 418 - 434.*

Baillargeon. R. H. ; Normand, C. L. ; Seguin, J. R. ; Zoccolillo, M. ; . Japel, C. ; Perusse, D., & Tremblay, R. E. (2007). The evolution of problem and social competence behaviors during toddlerhood: A prospective population-based cohort survey. *Infant Mental Health Journal, Vol. 28(1), PP. 12 - 38.*

Bandura, A. (1989). Regulation of cognitive processes through perceived self..efficacy. *Developmental Psychology, Vol. 25(5), PP. 729-735.*

Barkley, R. A. (1981). *Hyperactive children: A handbook for diagnosis and treatment.* New York: Guilford.

Barkley, R. A. (1995) . *Behavioral inhibition and executive functions : Constructing a unified theory of ADHD* . New York : The Guilford Press .

Barkley, R. A. (1997a). Attention deficit hyperactivity disorder. In E. J. Mash & L. G. Terdal (Eds.), *Assessment in childhood disorder (pp.71-129).* New York: Guilford.

Barkley, R. A. (1997b). *Defiant children: A clinician's manual for assessment and training (2nd ed.).* New York: Guilford.

Barkley, R. A. (1998) . *Attention - deficit / hyperactivity disorder : A handbook for diagnosis and treatment (2nd ed.)* . New York : The Guilford Press .

Barkley, R. A. (2003) . Issues in the diagnosis of attention - deficit / hyperactivity disorder in children. *Brain & Development, Vol. 25(2), PP. 77 - 83* .

Barkley, R. A., & Biederman, J. (1997). Towards a broader definition of the age of onset criterion for attention deficit hyperactivity disorder . *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 36(9), PP. 1204 - 1210* .

Barkley, R. A., & Murphy, K. R. (1998). *Attention deficit hyperactivity disorder: A clinical workbook (2nd ed.).* New York: Guilford Press.

Barkley, R. A. ; Shelton, T. L. ; Crosswait, C. C. ; Moorehouse, M. , Flether, K. ; Barrett, S. ; Jenkins, L., & Metevia, L. (2000) . Multi - method psychoeducational intervention for preschool children with disruptive behavior : Preliminary results at past treatment *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol.41, PP. 319 - 332.*

Barkley, R. A. ; Fletcher, K. ; Fischer, M., & Smallish, L. (2003). Does the treatment of attention-deficit hyperactivity disorder with stimulants contribute to drug use / abuse?. A 13-year perspective study. *Pediatrics, Vol.111(1), PP. 97-110.*

Barnes, J. C. ; Boutwell, B. B., ; Beaver, K. M., & Gibson, C. L. (2013). Analyzing the origins of childhood externalizing behavioral problems. *Developmental Psychology, Vol. 49(5), PP. 900 - 914.*

Barnett, S. R., & Labellarte, M. J. (2002) . Practical assessment and treatment of attention - deficit / hyperactivity disorder. *Adolescent Psychiatry, Vol. 26, PP. 181 - 215 .*

Barry, T. D. ; Dunlap, S. T. : Cotton, S. J. ; Lochaman, J., & Wells, K. (2005). The influence of maternal stress and distress on disruptive behavior problems in boys . *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, Vol. 44 (3), PP. 265 - 273 .*

Barry, T. D. ; Dunlap, S. T. : Cotton, S. J. ; Lochaman, J., & Wells, K. (2005) . The influence of maternal stress and distress on disruptive behavior problems in boys . *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, Vol. 44 (3), PP. 265 - 273 .*

Barton, J. (2003) . Conduct disorder : Intervention and prevention . *International Journal of Mental Health Promotion, Vol. 5 (4), PP. 32 - 41.*

Bassarath, L. (2001). Conduct disorder : A biopsychosocial review . *Canadian Journal of Psychiatry, Vol. 46, PP. 609 - 616*.

Beck, A. ; Streer, R., & Brown, G. (1996). *Manual for Beck depression inventory-II.* San Antonio TX: Psychological Corporation.

Belden, A. C. ; Thomson, N. R., & Luby, J. L. (2008). Temper tantrums in healthy versus depressed and disruptive preschoolers: Defining tantrum behaviors associated with clinical problems. *The Journal of Pediatrics, Vol. 52(1), PP. 117-122.*

Bell, P. S. (2006) . Jamaican teachers' attitudes toward children with oppositional defiant disorder, conduct disorder, and attention deficit hyperactivity disorder . *Unpublished doctoral dissertation, Capella University, Minneapolis, Minnesota.*

Benson, B. A. (1985). Behavior disorders and mental retardation: Associations with age, sex, and level of functioning in an outpatient clinic sample. *Applied Research in Mental Retardation, Vol. 6(1), PP. 79 - 85.*

Benson, B. A., & Aman, M. G. (1999).Disruptive behavior disorders in children with mental retardation. In H. C. Quay & A. E. Hogan (Eds.), *Handbook of disruptive behavior disorders (pp. 559-578).* New York: Kluwer Academic.

Berkson, G. ; Gutermuth, L., & Baranek, G. (1995). Relative prevalence and relations among stereotyped and similar behaviors. *American Journal on Mental Retardation, Vol. 100( ), PP. 137-145.*

Biederman, J. ; Faraone, S. V. ; Monuteaux, M. C. ; Plunkett, E. A. , Gifford, J., & Spencer, T. (2003). Growth deficits and attention deficit hyperactivity disorder revisited: Impact of gender, development, and treatment. *Pediatrics, Vol. 111(5), PP.1010 -1016.*

Biederman, J. ; Mick, E. ; Iaraone, S.V., & Wozniak, J. (2004). Pediatric bipolar disorder or disruptive behavior disorder . *Primary Psychiatry, Vol. 11(9), PP. 36 - 41.*

Bird, H. R. ; Canino, G. J. ; Davies, M. ; Duarte, C. ; Febo, V. ; Ramirez, R. ; Hoven, C. ; Wicks, J., & Musa, G. (2006). A study of disruptive behavior disorders in puerto Rican youth. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, Vol.45(9), PP. 1032-1041.*

Blachman, D. R., & Hinshaw, S. P. (2002). Patterns of friendship among girls with and without attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol.30* (6), *PP.* 625 - 640.

Blair, R. J. (1995). A cognitive developmental approach to morality: Investigating the psychopath. *Cognition, Vol. 57(1), PP. 1 - 29.*

Blonigen, D. M. ; Hicks, B. M. ; Kruger, R. F. ; Patrick, C. P., & Iacono, W. G. (2006). Continuity and change in psychopathic traits as measured via normal-range personality: A longitudinal-biometric study. *Journal*

of Abnormal Psychology, Vol. 115 (1), PP. 85 - 95.

Boggs, S. R. ; Eyberg, S. M. ; Edwards, D. L. ; Rayfield, A.. ; Jacobs, J. ; Bagner, D., & Hood, K. K. (2005). Outcomes of parent-child interaction therapy: A comparison of treatment completers and study dropouts one to three years later. *Child and Family Behavior Therapy, Vol. 26(4), PP.1 – 22.*

Borrego, J., & Burrell, L. (2010). Using behavioral parent training to treat disruptive behavior disorders in young children : A how to approach using video clips. *Cognitive and Behavioral Practice, Vol.17, PP. 25 - 34.*

Boylan, K. ; MacPherson, H. A., & Fristad, M. A. (2013). Examination of disruptive behavior outcomes and moderation in a randomized psychotherapy trial for mood disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, Vol. 52(7), PP. 699 - 708.*

Breen, M. J., & Altepeter, T. S. (1990). *Disruptive behavior disorders in children: Treatment-focused assessment* . New York: Guilford.

Brinkmeyer, M. Y. (2006) . Conduct disorder in young children : A comparison of clinical presentation and treatment outcome in preschoolers with conduct disorder versus oppositional defiant disorder. *Unpublished doctoral dissertation, University of Florida* .

Brinkmeyer, M. Y. (2006). Conduct disorder in young children : A comparison of clinical presentation and treatment outcome in preschoolers with conduct disorder versus

oppositional defiant disorder. *Unpublished doctoral dissertation, University of Florida.*

Broidy, L. M. ; Nagin, D. S. ; Tremblay, R. E. ; Bates, J. E. Brame, B. ; Dodge, K. A., & Vitaro, F. (3003). Developmental trajectories of childhood disruptive behavior disorders and adolescent delinquency: A six - site, cross - national study . *Developmental Psychopathology, Vol. 39, PP. 222 - 245.*

Bruininks, R. H. ; Hill, B. K., & Morreau, L. E. (1988). Prevalence and implications of maladaptive behaviors and dual diagnosis in residential and other service programs. In J. A. Gray (Ed.*), Mental retardation and mental health: Classification, diagnosis, treatment, services (PP. 3-29).* New York: Springer-Verlag.

Bubier, J. L. (2010) . Co-occurrence of oppositional defiant disorder with generalized and separation anxiety disorders among inner - city children . *Unpublished doctoral dissertation, Temple University.*

Bunte, T. L.; ; Schoemaker, K. ; Hessen, D. J. ; Van der Heijden, P. G. & Matthys, W. (2013). Clinical usefulness of the kiddie-disruptive behavior disorder schedule in the diagnosis of DBD and ADHD in preschool children. *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol.41(5), PP. 681- 690.*

Burgess, K. B. ; Marshall, P. J. ; Rubin, K. H., & Fox, N. A. (2003) . Infant attachment and temperament as predictors of subsequent externalizing problems and cardiac physiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 44,PP. 819 - 831.*

Burke, J. D. ; Loeber, R., & Birmaher, B. (2002). Oppositional defiant disorder and conduct disorder : A review of the past 10 years, part II. *Journal of the American Psychiatric Association, Vol.41,PP. 1275 - 1293* .

Burke, J. D. ; Loeber, R., & Lahey, B. B. (2007). Adolescent conduct disorder and interpersonal callousness as predictors of psychopathy in young adults. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, Vol.36(3), PP. 334 - 346.*

Burns, G.L., & Patterson, D. R. (1990). Conduct problem behaviors in a stratified random sample of children and adolescents: New standardization data on the Eyberg child behavior inventory, *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 2(4), PP.391 - 397.*

Caldwell. M. ; Skeem, J. ; Salekin, R., & Van Rybroek, G. (2006). Treatment response of adolescent offenders with psychopathy features: A 2-year follow-up. *Criminal Justice and Behavior, Vol. 33(5), PP. 571 - 596.*

Campbell, J. M. (2006). Mental retardation/ intellectual disability. In R. W. Kamphus & V. M. Campbell (Eds.), *Psychodiagnostic assessment of children: Dimensional and Categorical approaches (pp. 45-85).* New Jersey: John Willey & Sons, Inc.

Campbell, S. B. (1990). *Behavior problems in preschool children.* New York: Guilford.

Campbell, S. B. (1991). Longitudinal studies of active and aggressive preschoolers : Individual differences in early behavior and outcome. In D. Cicchetti & S. L.

Toth (Eds.), *Rochester symposium on developmental psychopathology (pp.57 - 90).* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Campbell, S. B. (1995). Behavior problems in preschool children : A review of recent research . *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 36(1), PP. 113 - 149.*

Campbell, S. B. ; Shaw, D.S., & Gilliom, M. (2000) . Early externalising behavior problems : Toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment . *Development and Psychopathology, Vol.12, PP. 467 - 488* .

Capaldi, D. M. ; Conger, R. D. ; Hops, H., & Thornberry, T. P. (2003). Introduction to special section on three generation studies . *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 31, PP. 123 - 125* .

Capaldi, D. M., & Patterson, G. R. (1994) . Interrelated influences of contextual factors on antisocial behavior in childhood and adolescence. In D. Fowles ; P. Sutker & S. Goodman (Eds.), *Psychopathy and antisocial personality : A developmental perspective (pp. 165 - 198)* . New York : Springer .

Capaldi, D. M., & Eddy M. J. (2009). Oppositional defiant disorder and conduct disorder. In T. P. Gullotta & G. R. Adams (Eds.), *Handbook of adolescent behavioral problems: Evidence - based approaches to prevention and treatment (pp. 283 - 308).* New York: Springer.

Carlson, C. L., & Mann, M. (2002) . Sluggish cognitive tempo predicts a different pattern of impairment in the attention deficit hyperactivity disorder, predominantly

inattentive type. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, Vol. 31, PP. 123 - 130*.

Carlson, S. M., & Wang, T. S. (2007). Inhibitory control and emotion regulation in preschool children. *Cognitive Development, Vol. 22(4), PP. 489 - 510.*

Carney, J. K. (2002). Self-and interactive regulation: Treating a patient with AD/HD. *Psychoanalytic Inquiry, Vol.22(3),PP.355-371.*

Carter, A, S, ; Gray, S. A. ; Baillargeon, R. H., & Wakschlag, L. S. (2013). A multidimensional approach to disruptive behaviors: Informating life span research from an early childhood perspective. In P. H. Tolan & B. L. Leventhal (Eds.), *Disruptive behavior disorders (pp. 103-135).* New York: Springer.

Carter, A. S. ; Briggs-Gowan, M. J. ; Jones, S. M.,& Little, T. D. (2003). The infant-toddler social and emotional assessment (ITSEA): Factor structure, reliability, and validity. *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol.31(5),PP. 495 - 514.*

Carter, A. S. ; Gray, A. Q. ; Baillargeon, R. H. ; & Wokschlag, L. S. (2013). A multidimensional approach to disruptive behaviors: Informing life span research from an early childhood perspective. In P. H. Tolan & B. L. Leventhal (Eds.), *Disruptive behavior disorders, advances in development and psychopathology : Brain research foundation symposium series(pp.103- 135)* . New York: Springer.

Caspi, A. ; McClay, J. ; Terrie, E. ; Moffitt, T. E. ; Mill, J. ; Martin, J., et al. (2002) . Role of genotype in the cycle of

violence in maltreated children . *Science, Vol. 297, PP. 851 - 854*.

Castellanos, F. X. ; Elia, J. ; Kruesi, M. ; Gulotta, C. S. ; Mefford, I. N. ; Potter, W. Z. ; Ritchie, G. F. et al. (199[illegible]). Cerebrospinal fluid monoamine metabolites in ADHD boys. *Psychiatry Research, Vol. 52(3), PP. 305-316.*

Chamberlain, P. (1999). Residential care for children and adolescents with oppositional defiant disorders and conduct disorder. In H. C. Quay & A. E. Hogan (Eds.), *Handbook of disruptive behavior disorders (pp. 495 - 506).* New York: Plenum Publishers.

Chamberlain, P. ; Ray, J., & Moore, K. J. (1996). Characteristics of residential care for adolescent offenders: A comparisons and practices in two models. *Journal of Child and Family Studies, Vol.5(2), PP.285 - 297.*

Cheney, J. W. (2007) . Young children's stories' of love, fear and violence at home: A qualitative analysis of the narrative representations of maltreated preschool boys diagnosed with disruptive behavior, regulatory dysfunction, oppositional defiant, conduct and anxiety disorders . *Unpublished doctoral disseriation, Iowa State University, Ames, Iowa*.

Chiu-Wen, C., & Hsen-Hsing, M. (2007). Effects of treatment on disruptive behaviors : A quantitative synthesis of single-subject researches using the percentage of data points exceeding the median of baseline phase (PEM) approach. *Journal of Applied Behavior Analysis, Vol.8 (4), PP. 380 - 394.*

Christophersen, E. R. (1990). *Beyond discipline: Parenting that lasts a lifetime.* Kansas City, MO : Westport Publishers.

Clarke, A. R. ; Barry, R. J. ; McCarthy, R., & Selikowitz, M. (2002). EEG analysis of children with attention deficit hyperactivity disorder and comorbid reading disabilities. *Journal of Learning Disabilities, Vol.35(3),PP. 276 - 285.*

Clarke, T. L. (2009). Executive functioning and overt / covert patterns of conduct disorder symptoms in children with ADHD . *Unpublished doctoral dissertation, University of Maryland* .

Coe, D. A. ; Matson, J. ; Russell, D. ; Slifer, K. ; Capone, J. ; Baglio, C., & Stallings, S. (1999). Behavior problems of children with Down syndrome and life events . *Journal of Autism and Developmental Disorders, Vol. 29 (2), PP. 149 - 156* .

Coie, J. D., & Dodge, K. A. (1998). Aggression and antisocial behavior. In N. Eisenbeerg (Ed.), *Handbook of child psychology: Social, emotional and personality development (5th ed., Vol.3, pp.779 - 862).* New York : John Wiley & Sons.

Comings, D. E. (2000) . The role of genetics in ADHD and conduct disorder - relevance to the treatment of recidivistic antisocial behavior. In D. H. Fishbein (Ed.), *The science, treatment, and prevention of antisocial behaviors : Application to the criminal justice system (pp. 16 - 41).* Kingston, NJ : Civic Research Institute.

Conners, C. K. ; Wells, K. C. ; Parker, J. D. ; Sitarenios, G. ;

Diamond, J. M., & Powell, J. W. (1997). A new self-report scale for assessment of adolescent psychopathology: Factor structure, reliability, validity, and diagnostic sensitivity. *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol.25(6), PP. 487 - 497.*

Connors, C. K. ; Sitarenios, G., Parker, J. D., & Epstein, J. N. (1998). The revised connors' parent rating scale (CPRS-R): Factor structure, reliability, and criterion validity. *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol.26(4), PP. 257 - 268.*

Connor, D. F. ; Steingard, R. ; Cunningham, J. A. ; Melloni, R. H., & Anderson, J. J (2004). Proactive and reactive aggression in referred children and adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry, Vol. 74(2), PP. 129 - 136.*

Corrado. R. R. ; Vincent, G. M. ; Hart, S. D., & Cohen, I. M. (2004). Predictive validity of the psychopathy checklist: Youth version, for general and violent recidivism. *Behavioral Sciences & the Law, Vol. 22(1), PP. 5 - 22.*

Costello, E. J. ; Compton, S. N. ; Keeler, G., & Angold, A. (2003). Relationships between poverty and psychopathology: A natural experiment. *Journal of the American Medical Association, Vol. 290 (15), PP. 2023 - 2029.*

Crick, N. R., & Dodge, K.A. (1996). Social information-processing mechanisms in reactive and proactive aggression. *Child Development, Vol. 67(1), PP.993-1002.*

Crowther, J. K. ; Band, L. A., & Rolf, J. E. (1981). The incidence, prevalence, and severity of behavior disorders among

preschool - aged children in day care. *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 9(1), PP. 23 - 42.*

Crystal, D. S. ; Ostrander, R. ; Chen, R. S., & August, G. J. (2001). Multimethod assessment of psychopathology among DSM - IV subtypes of children with attention - deficit hyperactivity disorder: Self, parent, and teacher reports . *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 29(3), PP. 189 - 205.*

Cueva, J. E. ; Overall, J. E. ; Small, A. M. ; Armenteros, J. L. ; Perry, R., & Campbell, M. (1996) . Carbamazepine in aggressive children with conduct disorder: A double-blind and placebo - controlled study . *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 35, PP. 480 - 490*.

Cullinan, D. ; Epstein, M. H. ; Matson, J. L., & Rosemier, R. A. (1984). Behavior problems of mentally retarded and nonretarded adolescent pupils. *School Psychology Review, Vol.13(3), PP. 381-384.*

Cummings, E. M., & Davis, P.T. (2002) . Effects of marital conflict on children : Recent advances and emerging themes in process-oriented research . *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines, Vol. 43, PP. 31- 63* .

Dadds, M. R. ; Fraser, J. ; Frost, A., & Hawes, D. (2005). Disentangling the underlying dimensions of psychopathy and conduct problems in childhood : A community study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 73(3), PP. 400 - 410.*

Dadds, M. R., & Salmon, K. (2003). Punishment insensitivity and

parenting: Temperament and learning as interacting risks for antisocial behavior. *Clinical Child and Family Psychology, Vol. 6(2), PP.69 - 86.*

Day, N. L. ; Richardon, G. A. ; Goldechmidt, L., & Cornelius, M. D. (2000) . Effects of prenatal tobacco exposure on preschoolers' behavior . *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, Vol. 21, PP. 180 - 188*.

De Boer, S. B. ; Van Oort, F. V. ; Donker, M. C. ; Verheij, F., & Boom, A. E. (2012). Childhood characteristics of adolescent inpatients with early-onset and adolescent-onset disruptive behavior. *Journal of Psychopathology & Behavior Assessment, Vol.34, PP. 415 - 422.*

De Boer, S. B. ; Boon, A. E. ; Verheij, F., & Donker, M. C. (2013). Characteristics of adolescent psychiatric inpatients with early-onset and adolescent-onset disruptive behavior . *International Journal of Forensic Mental Health, Vol. 12 (1), PP.14 - 25.*

de Wied, M., Gispen-de Wied, C., & van Boxtel, A. (2010). Empathy dysfunction in children and adolescents with disruptive behavior disorders. *European Journal of Pharmacology, Vol. 626(1), PP. 97 - 103.*

Deater - Deckard, K., & Dodge, K. A. (1997). Externalizing behavior problems and discipline revisited : Nonlinear effects and variation by culture, context, and gender . *Psychological Inquiry, Vol. 8, PP. 161 - 175.*

Deater-Deckard, K. (2000) . Parenting and child behavioral adjustment in early childhood : A quantitative genetic approach to studying family process. *Child Development, Vol. 71, PP. 468 - 484*.

Dekker, M. ; Nunn, R. ; Einfeld, S. ; Tonge, B., & Koot, H. (2002). Assessing emotional and behavioral problems in children with intellectual disabilities, revisiting the factor structure of the developmental behavior checklist. *Journal of Autism and Developmental Disorders, Vol. 32(6), PP. 601 - 610.*

Derogatis, L. R. (1983). *SCL-90-R administration, scoring, and procedures manual-II.* Towson, MD: Clinical Psychometric Research.

Deutsch, K. (1987) . *Genetic factors in attention - deficit disorders* . Paper presented at the symposium on disorders of brain, development, and cognition, Boston, MA .

Dick, D.M. ; Viken, R. J. ; Kaprio, J. ; Pulkkinen, L., & Rose, R. J. (2005) . Understanding the covariation among childhood externalizing symptoms: Genetic and environmental influences on conduct disorder, attention deficit hyperactivity disorder, and oppositional defiant disorder symptoms . *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 33 (2),PP.219- 229.*

Dishion, T. J. ; Patterson, G.R., & Griesler, P.C. (1994). Peer adaptations in the development of antisocial behavior. in L.R. Huesmann (Ed.), *Aggressive behavior : Current perspectives (pp 61 - 95).* New York: Plenum Press.

Dishion, T. J. ; McCord, J., & Poulin, F. (1999). When interventions harm : Peer groups and problem behavior . *American Psychologist, Vol. 54, PP. 755 - 764.*

Dodge, K. A. ; Lochman, J. E. ; Harnish, I. D. ; Bates, J. E., & Pettit, G. S. (1997). Reactive and proactive aggression

in school children and psychiatrically impaired chronically assaultive youths . *Journal of Abnormal Psychology, Vol. 106, PP. 37 - 51.*

Dodge, K. A., & Pettit, G. S. (2003) . A biopsychosocial model of the development of chronic conduct problems in adolescence. *Developmental Psychology Special Issue : Violent Children, Vol. 39, PP. 349 - 371.*

Dorn, L. D. ; Kolko, D. J. ; Susman, E. J. ; Hyang, B. ; Stein, H. ; Music, E., & Bukstein, O. G. (2009). Salivary gonadal and adrenal hormone differences in boys and girls with and without disruptive behavior disorders : Contextual variants. *Biological Psychology, Vol.18, PP. 31 - 39.*

Dudley - Grant, G. R. (2001) . Eastern caribbean family psychology with conduct disordered adolescents from the virgin islands . *American Psychologist, Vol. 56, PP. 47 - 57 .*

Duhaney, L. M. G. (2003). A practical approach to managing the behaviors of students with ADD . *Intervention in School and Clinic, Vol. 38, PP. 267 - 279 .*

Duncombe, M. ; Havighurst, S. S. ; Holland, K. A., & Frankling E. J. (2013). Relations of emotional competence and effortful control to child disruptive behavior problems. *Early Education & Development, Vol.24(5), PP. 599 - 615.*

DuPaul, G. J. ; Power, T. J. ; Anastopoulos, A.D., & Reid, R. (1999) . *The ADHD rating scale - IV : Checklists, norms, and clinical interpretation* . New York : The Guilford Press .

Durando, V. M., & Christodulu, K. V. (2006). Mental retardation. In M. Hersen (Ed.), *Clinician's handbook of child behavioral assessment (pp.459-475).* New York: Elsevier Inc.

Durlak, J. A. ; Fuhrman, T., & Lampman, C. (1991) . Effectiveness of cognitive - behavior therapy for maladapting children . *Psychological Bulletin , Vol. 110, PP. 204 - 214.*

Earls, F. (1980) .The prevalence of behavior problems in 3 -year - old children . *Archives of General Psychiatry, Vol. 37, PP. 1153 - 1159.*

Edelbrock, C. ; Rende, R. ; Plomin, R., & Thompson, L. A. (1995). A twin study of competence and problem behavior in childhood and early adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol.36(5), PP.775 - 785.*

Edwards, G. ; Barkley, R. A. ; Laneri, M., ; Fletcher, K., & Metevia, L. (2001). Parent - adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD. *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 29(6), PP.557 - 572* .

Egeland, B. ; Kalkoske, M. ; Gottesman, N., & Erickson, M. F. (1990). Preschool behavior problems : Stability and factors accounting for change. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 31(6), PP. 891- 909.*

Eley, T. C. ; Lichenstein, P., & Moffitt, T. F. (2003) . A longitudinal behavioral genetic analysis of the etiology of aggressive and nonaggressive antisocial behavior. *Development and Psychopathology, Vol. 15, PP. 383 - 402* .

Elkins, I. J. ; McGue, M., & Iacono, W. G. (2007). Prospective effects of attention deficit hyperactivity disorder, conduct disorder, and sex on adolescent substance use and abuse. *Archives of General Psychiatry, Vol. 54(10), PP. 1145 - 1152.*

Elliott, D. S. ; Huizinga, D., & Menard, S. (1989). *Multiple problem youth: Delinquency, substance use, and mental health problems* . New York : Springer -Verlag .

Epstein, M. H. ; Cullinan, D., & Gadow, K. D. (1986). Teacher ratings of hyperactivity in learning disabled, emotionally disturbed, and mentally retarded children. *Journal of Special Education, Vol.20(2), PP. 219-229.*

Ercan, E. S. ; Somer, O. ; Amado, S., & Thom[son, D. (2005). Parental recall of pre-school behavior related to ADHD and disruptive behavior disorder. *Child Psychiatry and Human Development, Vol. 35(4), PP. 299 - 313.*

Ersan, E. E. ; Dogan, O. ; Dogan, S., & Sumer, H. (2004). The distribution of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in school age children in Turkey. *European Child & Adolescent Psychiatry,Vol.13(6),PP.354-361.*

Essau, C. A. ; Sasagawa, S., & Frick, P. J. (2006). Callous-unemotional traits in a community sample of adolescents. *Assessment, Vol. 13(4), PP. 454 - 469.*

Eyberg, S. M. ; Boggs, S. R., & Algina, J. (1995). Parent-child interaction therapy: A psychosocial model for the treatment of young children with conduct problem

behavior and their families. *Psychopharmacology Bulletin, Vol.31, PP. 83 - 91.*

Eyberg, S. M. ; Funderburk, B. W. ; Hembree-Kigin, T. L. ; McNeil, C. B. ; Querido, J. G., & Hood, K. K. (2001). Parent-child interaction therapy with behavior problem children: One and two year maintenance of treatment effects in the family. *Child and Family Behavior Therapy, Vol. 23(4), PP. 1 - 20.*

Eyberg, S, M. ; Nelson, M . M., & Boggs, S. R. (2008) . Evidence - based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, Vol. 37, PP. 215 - 237 .*

Farrell, M. (2011). *The effective teacher's guide to behavioral and emotional disorders: Disruptive behavior disorders, anxiety disorders, depressive disorders and attention deficit hyperactivity disorder (2nd ed.).* New York: Routledge.

Fee, V. E., & Matson, J. L. (1992). Definition classification and taxonomy. In J. K. Luiselli; J. L. Matson & N. N. Singh (Eds.), *Self-injurious behavior: Analysis assessment and treatment, (pp.3-20).*New York: Springer- Verlag.

Fee, V. E. ; Matson, J. L. ; Moore, L. A., & Benavidez, D. A. (1993). The differential validity of hyperactivity / attention deficits and conduct problems among mentally retarded children. *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 21(1), PP. 1-11.*

Fergusson, D. M. (2008). The prevention, treatment and management of conduct problems in childhood. *Paper in annual meeting faculty of child and Adolescent Psychiatry Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. Port Douglas, Australia.*

Fergusson, D. M. ; Woodward, L. J., & Horwood, L. J. (1999) . Childhood peer relationship problems and young people's involvement with deviant peers in adolescence . *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 27, PP. 357 - 370.*

Fisher, M. ; Rolf, J. E. ; Hasazi, J. E., & Cummings, L. (1984). Follow - up of a preschool epidemiological sample : Cross age continuities and predictions of later adjustment with internalizing and externalizing dimensions of behavior. *Child Development, Vol. 55(1), PP. 137 - 150.*

Fisher, P. ; Shaffer, D. ; Piacentini, J. ; Iapkin, J. ; Wicks, J., & Rojas, M. (1991). *Completion of the revisions of the NIMH diagnostic interview schedule for children (DISC-2).* Washington, DC: Epidemiology and Psychopathology Research Branch, National Institute of Mental Health.

Fisher, C. B. (1993). Integrating science and ethics in research with high-risk children and youth. *Social Policy Report Society for Research in child Development,, Vol. 7(4), PP. 1-27.*

Fisher, C. B. ; Hoagwood, K., & Jensen, P. (1996). Case-book on ethical issues in research with children and adolescents with mental disorders. In K. Hoagwood ;

C. B. Fisher & P. S. Jensen (Eds.), *Ethical issues in mental health research with children and adolescents: A casebook and guide (pp.135-141).* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Fonagy, P. Target, M. ; Cottrell, D. ; Phillips, J., & Kurtz Z. (2002). *What works for whom? A critical review of treatment for children and Adolescents.* New York: The Guilford Press.

Forsman, M. ; Lichtenstein, P. ; Andershed, H., & Larsson, H. (2008). Genetic effects explain the stability of psychopathic personality from mid-to late adolescence. *Journal of Abnormal Psychology, Vol. 117(3), PP. 606 - 617.*

Frankel, F., & Feinberg, D. (2002). Social problems associated with ADHD vs. ODD in children referred for friendship problems. *Child Psychiatry and Human Development, Vol. 33(2), PP. 125 - 146.*

Frauenglass, S., & Routh, D. K. (1999). Assessment of the disruptive behavior disorders: Dimensional and categorical approaches. In H. C. Quay & A. E. Hogan (Eds.), *Handbook of disruptive behavior disorders (pp. 49-71).* New York: Springer.

Frick, P. J. (2001) . Effective interventions for children and adolescents with conduct disorder . *The Canadian Journal of Psychiatry, Vol. 46 (7), PP. 597 - 608.*

Frick, P. J., & Morris, A. S. (2004). Temperament and developmental pathways to conduct problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, Vol. 33(1), PP. 54 - 68.*

Frick, P. J., & Dickens, C. (2006). Current perspectives on conduct disorder. *Current Psychiatry Reports, Vol. 8(1), PP. 59 - 72.*

Frick, P. J., & White, S. F. (2008). Research review: Tl ; importance of callous-unemotional traits for developmental models of aggressive and antisocial behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 49(4), PP. 359 - 375.*

Frick, P., & White, S. P. (2008). Research review: The importance of callous-unemotional traits for developmental models of aggressive and antisocial behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol.49(4), PP. 359 - 375.*

Frick, P. J. ; Barry, C. T., & Bodin, S. D. (2000) . Applying the concept of psychopathy to children implications for the assessment of antisocial youth . In C. B. Gaeono (Ed.), *The clinical and forensic assessment of psychopathy (pp. 3 - 24).* Mohwah (NJ) : Erlbaum.

Frick, P. J. ; Cornell. A. H. ; Bodin, S. D. ; Dane, H. F. ; Barry, C. T., & Loney, B. R. (2003) . Callous - unemotional traits and developmental pathways to severe conduct problems . *Developmental Psychology, Vol. 39, PP. 246 - 260*

Frick, P. J. ; Blair, R. J., & Castellanos, F. X. (2013). Callous-unemotional traits and developmental pathways to the disruptive behavior disorder . In P. H. Tolan & B. L. Leventhal (Eds.), Disruptive behavior disorder (pp. 69 - 102). New York : Springer.

Frick, P. J. ; Kimonis, E. R. ; Dandrcaux, D. M., & Farrell, J. M.

(2003). The 4-year stability of psychopathic traits in non-referred youth. *Behavioral Sciences & the law, Vol. 21(6), PP.713 - 736.*

Funderburk, B. W. ; Eyberg, S. M. ; Newcomb, K. ; NcNeil, C. B. ; Hembree-Kigin T., & Capage, L. (1998). Parent-child interaction therapy with behavior problem children: Maintenance of treatment effects in the school setting. *Child and Family Behavior Therapy, Vol.20, PP. 17 - 38.*

Gadow, K. D., & Sprafkin, J. (1997) . *ADHD Symptom checklist - 4 manual* . Stony Brook, NY : Checkmate Plus .

Gibbs, J. C. ; Potter, G. B. ; Barriga A. Q., & Liou, A. K. (1996). Developing the helping skills and prosocial motivation of aggressive adolescents in peer group programmes. *Aggression and Violent Behavior, Vol.1, PP. 283 - 305.*

Goodnight, J. A. ; Bates, J. E. ; Newman, J. P. ; Dodge, K., & Pettit, G. S. (2006). The interactive influences of friend deviance and reward dominance on the development of externalizing behavior during middle adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 34(5), PP.573 - 583.*

Goyette, C. H. ; Conners, C. K., & Ulrich, R. F. (1978). Normative data on revised conners parent and teacher rating scales. *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol.6(2), PP. 221-236.*

Gray, S. A. ; Carter, A. S. ; Briggs-Gowan, W. J. ; Hill, C. ; Damis, B. ; Keenan, K., & Wakschlag L. S. (2012). Preschool children's observed disruptive behavior: Variations

across sex, interactional context, and disruptive psychopathology . *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, Vol. 41(4), PP. 499 - 507.*

Green, S. M. ; Russo, M. F. : Navratil, J. L., & Loeber, R. (1999) . Sexual and physical abuse among adolescent girls with disruptive behavior problems . *Journal of Child and Family Studies, Vol. 8 (2), PP. 151 - 168*

Greenspan, S. (1981). *The clinical interview of the child.* New York: McGraw-Hill.

Grizenko, N., & Pawliuk, N. (1994). Risk and protective factors for disruptive behavior disorders in children. *American Orthopsychiatric Association, Vol. 64(4),PP.534- 544.*

Guevara, J. P. ; Mandell, D. S. ; Rostain, A. L. ; Zhao, H., & Hadley, T. R. (2003). National estimates of health services expenditures for children with behavioral disorders: An analysis of the medical expenditure panel survey. *Pediatrics, Vol. 112(6),PP.440 - 446.*

Guevremont, D. C., & Dumas, M. C. (1994). Peer relationship problems and disruptive behavior disorder. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, Vol. 2(3), PP. 164 - 172.*

Gul, N. ; Tiryaki, A. ; Kultur, S. E. ; Topbas, M., & AK, I. (2010). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and comorbid disruptive behavior disorders among school age children in Trabzon. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology, Vol.20(1), PP. 50 - 56.*

Hainesworth, M. C. (2001). The effectiveness of residential facilities for the treatment of disruptive behavior

disorders. *Unpublished doctoral dissertation, University of West Virginia, Morgantown.*

Halgin, R. P., & Whitbourne, S. K. (2000). *Abnormal psychology : Clinical perspectives on psychological disorders* (*3rd ed.*) . New York : McGraw Hill .

Hall, S. S., Lightbody, A. A., & Reiss, A. L. (2008). Compulsive, self-injurious, and autistic behavior in children and adolescents with fragile X syndrome. *American Journal on Mental Retardation, 113*(1), *PP. 44 - 53.*

Hamilton, S. S., & Armando, J. (2008). Oppositional defiant disorder. *American Family Physician, Vol. 78(7), PP. 861 - 866.*

Happe, F., & Frith, U. (1996). Theory of mind and social impairment in children with conduct disorder. *British Journal of Developmental Psychology, Vol.14(4), PP. 385 - 398.*

Hare, R. D., & Neumann, C. S. (2008). Psychopath as a clinical and empirical construct. *Annual Review of Clinical Psychology, Vol. 4, PP. 217 - 246.*

Harris, J. (2006). Disruptive behavior disorders. In J. A. McMillan ; R. D. Feigin; C. Deangelis & M. D. Jones (Eds.), *Oski's pediatrics: Principles & Practice (4th ed., pp. 629-634).* Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Harris, P. (1993). The nature and extent of aggressive behavior amongst people with learning difficulties (mental handicap) in a single health district. *Journal of Intellectual Disability Research, Vol. 37(3),PP. 221-*

Harstad, E. B., & Barbaresi, W. J. (2011). Disruptive behavior disorders. In R. G. Voigt ; M. M. Macias & S. M. Myers (Eds.), *Developmental and behavioral pediatrics (pp. 349 - 358)*. Washington, DC: American Academy of Pediatrics.

Hay, D. F. (2005). The origins of aggression in infancy. In D. F. Hay ; R. Tremblay ; W. Hartup & J. Archer (Eds.), *Developmental origins of aggression (pp.107-132)*. New York: Guilford.

Hay, D. F., & Cook, K. V. (2007). The transformation of prosocial behavior from infancy to childhood. In C. A. Brownell & C. B. Kopp (Eds.), *Socioemotional Development in the toddler years (pp.100-131)*. New York: Guilford.

Helgeland, M. I. ; Kjelsberg E., & Torgersen, S. (2005). Continuities between emotional and disruptive behavior disorders in adolescence and personality disorders in adulthood. *American Journal of Psychiatry, Vol. 162(10), PP. 1941 - 1947.*

Hembree-Kigin, T. L., & McNeil, C. B. (2010). *Parent-child interaction therapy(2nd ed)*. New York. Plenum Press.

Hendren, R. L. (1991). Determining the need for inpatient treatment. In R. L. Hendren & I. N. Berlin (Eds.), *Psychiatric inpatient care of children and adolescents: A multi-cultural approach (pp. 37-64)*. New York: Wiley.

Henggeler, S. W. ; Melton, G. B., & Smith, I. A. (1992) . Family preservation using multisystemic therapy : An

effective alternative to incarcerating juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 60, PP. 953 - 961*.

Henggeler, S.W., & Lee, T. (2003) . Multisystemic treatment of serious clinical problems. In A. E. Kazdin & J. R. Weisz (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents (pp. 301 - 322)*. New York : the Guilford Press.

Henry, B. ; Caspi, A. ; Moffitt, T. E., & Silva, P.A. (1996) . Temperamental and familial predictors of violent and non-violent criminal convictions : From age 3 to age 18 . *Developmental Psychopathology, Vol. 32, PP. 614 - 623*.

Hill, J. (2002) . Biological, Psychological and social processes in the conduct disorders . *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 43 (1), PP. 133-164.*

Hill, E. L. (2004). Executive dysfunction in autism. *Trends in Cognitive Sciences, Vol. 8, PP. 26 - 32*.

Hinshaw, S. P. ; Owens, E. B., ; Wells, K. C. ; Kraemer, H. C. ; Abikoff, H. B. ; Arnold, E. L. ; Conners, K. C. et al. (2000). Family processes and treatment outcome in the MTA : Negative / ineffective parenting practices in relation to multimodal treatment. *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol.28 (6), PP. 555 - 568.*

Hinshaw, S. P., & Lee, S. S. (2003) . Conduct and oppositional defiant disorders. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology (2nd ed., pp. 144 - 198).* New York : The Guilford Press.

Hintikka, U. ; Viinamaki, H. ; Pelkonen, M. ; Hintikka, J. ; Laukkanen, E., & Lehtonen, J. (2003). Clinical recovery in cognitive functioning and self - image among adolescence with major depressive disorder and conduct disorder during psychiatric inpatient care. *American Journal of Orthopsychiatry, Vol.73(2), PP. 212 - 223*.

Hipwell, A. E. ; Pardini, D. A. ; Loeber, R. ; Scimbower, M. ; Keenan, K., & Stouthamer-Loeber, M. (2007). Callous-unemotional behaviors in young girls: Shared and unique effects relative to conduct problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, Vol. 36(3), PP. 293 - 304.*

Hoagwod, K. (1994). The certificate of confidentiality at NIMH: Applications and implications for service research with children. *Ethics and Behavior, Vol.4, PP.123-131.*

Hodgins, S. ; Kratzer, L., & McNeil, T. T. (2001). Obstetrical complications, parenting and risk of criminal behavior. *Archives of General Psychiatry, Vol. 58, PP.746 - 752*.

Holland , M. L. ; Gimpel, G. A., & Mercell, K. W. (2001). *ADHD symptoms rating scale : A method for identifying individuals with ADHD.* Austin, Taxas : PRO-ED, Inc.

Hubbard, J. A. ; Dodge, K. A. ; Cillessen, A. H. ; Coie, J. D., & Schwartz, D. (2001). The dyadic nature of social information processing in boys' reactive and proactive aggression. *Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 80(2), PP. 268 - 280.*

Hudley, C., & Graham, S. (2008). An attributional intervention to reduce peer-directed aggression among African-American boys. *Child Development, Vol.64(1), PP. 124 - 138.*

Huesmann, L. R. ; Moise - Titus, J. ; Podolski, C., & Eron, L. D. (2003) . Longitudinal relations between children's exposure to TV violence and their aggressive and violent behavior in young adulthood : 1977-1992. *Developmental Psychology, Vol. 39, PP. 201 - 221 .*

Hunter, L. (2003). School psychology : A public health framework III, managing disruptive behavior in schools : The value of a public health and evidence based perspective. *Journal of School Psychology, Vol. 41(1), PP. 39 - 59.*

İson, M. S. (2001). Training in social skills : An alternative technique for handling disruptive child behavior . *Psychological Reports, Vol. 88(3), PP. 903 - 911.*

Jacobson, J. W. (1982). Problem behavior and psychiatric impairment within a developmentally disabled population I: Behavior freq1uency. *Applied Research in Mental Retardation, Vol.3(2),PP.121-139.*

Jacobson, K. C. ; Prescott, C. A., & Kendler, K. S. (2002) . Sex differences in the environmental influences on the development of antisocial behavior . *Development and Psychopathology, Vol. 14, PP. 395 - 416 .*

Jaffee, S. R. ; Moffitt, T. E. ; Caspi, A., & Taylor, A. (2003) . Life with (or without) father : The benefits of living with two biological parents depend on the father's antisocial behavior . *Child Development, Vol. 74, PP. 109 - 126 .*

Jennings, J. ; van der Molen, M. ; Pelham, W. ; Debeski, K., & Hoza, B. (1997) . Inhibition in boys with attention deficit disorder as indexed by heart rate change . *Developmental Psychology, Vol.33(2), PP.308 - 318* .

Jensen, P. ; Vitiello, B. ; Leonard, H., & Laughren, T. (1994). Child and adolescent psychopharmacology: Expanding the research base. *Psychopharmacology Bulletin, Vol. 30(1), PP. 3 - 8.*

Jensen, P. S. ; Fisher, C. B., & Hoagwood, K. (1999). Ethical issues in research with children and adolescents with disruptive behavior disorders. In H. C. Quay & A. E. Hogan (Eds.), *Handbook of disruptive behavior disorders (pp. 579 - 592).* New York: Springer.

Julian, D. A. ; Julian, T. W. ; Mastrine, B. J. ; Wessa, P., & Atkinson, E. (1992). Residential and community treatment services utilized by a sample of youth with serve emotional disturbances. *American Journal of Community Psychology, Vol.20 (6), PP. 799 - 809.*

Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1998). *Synopsis of psychiatry (8th ed.).* Baltimore, MD : Williams & Wilkins.

Kazdin, A. (1985). *Treatment of antisocial behavior in children and adolescents.* Homewood, IL: Dorsey Press.

Kazdin, A. E. (1995) . *Conduct disorders in childhood and adolescent (2nd ed.)* . Thousand Oaks (CA) : Sage Publications .

Kazdin, A. E. (1996). Combined and multimodal treatments in child and adolescent psychotherapy : Issues, challenges, and research directions . *Clinical Psychology : Science and*

Practice, Vol. 3, PP. 69 - 100.

Kazdin, A. E. (1997) . Problem solving and parent management in treating aggressive and antisocial behavior . In E. D. Hibbs & P. S. Jensen (Eds.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice (pp.377-407).* Washington, DC: American Psychological Association.

Kazdin, A. E. (2003a) . Problem solving skills training and parent management training for conduct disorder : In A. E. Kazdin & J. R. Weisz (Eds.), *Evidence based psychotherapies for children and adolescents (pp.241 - 262).* New York: The Guilford Press .

Kazdin, A. E. (2003b). Psychotherapy for children and adolescents . *Annual Review of Psychology, Vol. 54, PP. 253 - 276 .*

Kazdin, A. F., & Wassell, G. (2000) . Therapeutic changes in children, parents and families resulting from treatment of children with conduct problems . *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 39, PP. 414 - 420 .*

Kendall, P. C. (1991) . *Child and adolescent therapy : Cognitive behavioral procedures* . New York : The Guilford Press.

Kendall, P. C., & Comer, J. S. (2010) .*Childhood disorders (2nd Ed.).* New York : Psychology Press .

Kim-Cohen, J. ; Arseneault, L. ; Caspi, A. ; Tomas, M. P. ; Taylor, A., & Moffitt, T. E. (2005). Validity of DSM-IV

conduct disorder in 4,5-5-year-old children: A longitudinal epidemiological study. *The American Journal of Psychiatry, Vol. 162(6), PP. 1108 - 1117.*

Kimonis, E. R. ; Frick, P. J. ; Skeem, J. L. ; Marsee, M. A. ; Cruise, K. ; Munoz, L. C. ; Aucoin, K. J., & Morris, A. S. (2008). Assessing callous-unemotional traits in adolescent offenders: Validation of the inventory of callous-unemotional traits. *International Journal of Law and Psychiatry, Vol.31(3), PP. 241 - 252.*

Klein, R. G. ; Abikoff, H. ; Klass, E. ; Ganeles, D. ; Seese, L. M., & Pollack, S. (1997). Clinical efficacy of methylphenidate in conduct disorder with and without attention deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry, Vol. 54, PP.1073 -1080.*

Kochanska, G. (1993). Toward a synthesis of parental socialization and child temperament in early development of conscience. *Child Development, Vol. 64(2), PP.325 - 347.*

Kochanska, G., & Murray, K. (2000). Mother-child mutually responsive orientation and conscience development: From toddler to early school age. *Child Development, Vol.71(2), PP.417 - 431.*

Kokkinos, C. M., & Panayiotou, G. (2004). Predicting bullying and victimization among early adolescents : Associations with disruptive behavior disorders. *Aggressive Behavior, Vol. 30(6), PP. 520 - 533.*

Kochanska, C., & Aksan, N. (2006). Children's conscience and self-regulation. *Journal of Personality,Vol.74(6),PP.1587-1618.*

Koller, H. ; Richardson, S. A. ; Katz, M., & McLaren, J. (1982). Behavior disturbance in childhood and the early adult years in populations who where not mentally retard . *Journal of Preventive Psychiatry, Vol.1, PP. 453- 468.*

Koller, H. ; Richardson, S. A. ; Katz, M., & McLaren, J. (1983) Behavior disturbance since childhood among a 5-year birth cohort of all mentally retarded young adults in a city. *American Journal of Mental Deficiency, Vol. 87 (4), PP. 386 - 395.*

Kopelman, L. M. (1989). When is the risk minimal enough for children to be research subjects? . In L. M. Kopelman & J. C. Moskop (Eds.), *Children and health care: Moral and social issues (pp. 89-99).* Boston: Kluwer.

Krueger, R. F., & Bezdjian, S. (2009). Enhancing research and treatment of mental disorders with dimensional concepts: Toward DSM-V and ICD-II. *World Psychiatry, Vol. 8(1),PP.3 - 6.*

Kutcher, S. ; Aman, M. : Brooks, S. : Buitelaar, J. ; Van Daalen, E. ; Pine, J. ; Taylor, E., et al. (2004) . International consensus statement on attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behavior disorders (DBDs) : Clinical implications and treatment practice suggestions . *European Neuropsychopharmacology , Vol. 14(1), PP. 11 - 28.*

Lahey, B. ; Flagg, E. ; Bird, H. ; Schwab-Stone, M. ; Canino, G. ; Dulcan, M. ; Regier, D., et al. (1996). The NIMH methods for the epidemiology of child and adolescent mental disorders (MECA) study: Background and methodology. *Journal of the American Academy of*

Child and Adolescent Psychiatry, Vol.35(7), PP. 855-864.

Lahey, B. B., & Waldman, L. D. (2003) . A developmental propensity model of the origins of conduct problems during childhood and adolescence. In B. B. Lahey ; T. E. Moffitt & A. Caspi (Eds.), *Causes of conduct disorder and juvenile delinquency (pp.76 - 117).* New York : The Guilford Press .

Lahey, B.B. ; Loeber, R. ; Burke, J., & Rathouz, P. J. (2002) . Adolescent outcomes of childhood conduct disorder among clinic - referred boys: Predictors of improvement. *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 30, PP.333 - 348 .*

Lemerise, E. A., & Arsenio, W. F. (2000). An integrated model of emotion processes and cognition in social information processing . *Child Development , Vol.71, PP.107- 118.*

Liabo, K., & Richardson, J. (2007). *Conduct disorder and offending behavior in young people : Findings from research .* London : Jessico Kingsley Publishers .

Lier, P. A. ; Verhulst, F. C. ; Ende, J., & Crijnen, A. A. (2003). Classes of disruptive behaviour in a sample of young elementary school children. *Journal of Child Psychology & Psychiatry, Vol. 44(3), PP. 377 -387.*

Lochman, J. E. (1992) . Cognitive behavior intervention with aggressive boys : Three year follow-up and prevent effects . *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 63, PP. 709 - 717 .*

Lochman, J. E. ; Barry T. D., & Pardini, D. A. (2003). Anger control training for aggressive youth. In A. E. Kazdin

& T. R. Weisz (Eds.), *Evidence based psychotherapies for children and adolescents (pp. 263-281).* New York: The Guilford Press.

Loeber, R. ; Keenan, K., & Zhang, Q. (1997). Boys' experimentation and persistence in developmental pathways toward serious delinquency. *Journal of Child and Family Studies, Vol.6(3), PP. 321 - 357.*

Loeber, R. ; DeLamatre, M. ; Keeman, K., & Zhang Q., (1998). A prospective replication of developmental pathways in disruptive and delinquent behavior. In R. Carins ; L. Bergman & J. Kagan (Eds.), *Methods and models for studying the individual (pp.185-215).* Thousands Oaks, CA: Sage.

Loeber, R., & Coie, J. (2004). Continuities and discontinuities of development, with particular emphasis on emotional and cognitive components of disruptive behavior . In J. Hill & B. Maughan (Eds.), *Conduct disorders in childhood and adolescence (pp.379-407).* United Kingdom : Cambridge University Press.

Loeber, R., & Farrington, D. P. (Eds.) (1998). *Serious and violent juvenile offenders: Risk factors and successful interventions.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Loeber, R., & Farrington, D.P. (2000). Young children who commit crime : Epidemiology, developmental origins, risk factors, early interventions. and policy implications . *Development and Psychopathology, Vol. 12, PP.571 - 578 .*

Loeber, R., & Hay, D. F., (1994). Developmental approaches to aggression and conduct problems. In M. Rutter & D,

F. Hay (Eds.), *Development through life:A handbook for clinicians (pp.488-516).*Oxford : Blackwell Scientific Publications.

Loney, B. R. ; Frick, P. J. ; Clements, C. B. ; Ellis, M. L., & Kerlin, K. (2003). Callous-unemotional traits, impulsivity, and emotional processing in adolescents with antisocial behavior problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, Vol. 32(1), PP. 66 - 80.*

Loney, B. R. ; Taylor, J. ; Butler, M. A., & lacono, W. G. (2007). Adolescent psychopathy features: 6-year stability and the prediction of externalizing symptoms during the transition to adulthood. *Aggressive Behavior, Vol. 33(3), PP. 242 - 252.*

Loona, M. I., & Kamal, A. (2011). Translation and adaptation of disruptive behavior disorder rating scale. *Pakistan Journal of Psychological Research, Vol. 26(2),PP. 149 - 165.*

Lopez-Villalobos, J. A. ; Andres-DeLlano, J., & Sanchez-Azon, M. I. (2012). Disruptive behavior disorders: Multidimensional analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology, Vol.12(3), PP. 405 - 417.*

Luntz, B. K., & Widom, C. S. (1994). Antisocial personality disorder in abused and neglected children grown up. *American Journal of Psychiatry, Vol.151(5), PP. 670 - 674.*

Lynam, D. R. ; Caspi, A. ; Moffitt, T. E. ; Raine, A. ; Loeber, R., & Stouthamer-Loeber, M. (2005). Adolescent

psychopathy and the big five: Results from two samples. *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 33(4), PP. 431 - 443.*

Lynam, D. R. ; Caspi, A. ; Moffitt, T. E. ; Loeber, R., & Stouthamer-Loeher, M. (2007). Longitudinal evidence that psychopathy scores in early adolescence predict adult psychopathy. *Journal of Abnormal Psychology, Vol. 116(1), PP. 155 - 165.*

Lynam, D. R. ; Loeber, R., & Stouthamer-Loeber, M. (2008). The stability of psychopathy from adolescence into adulthood: The search for moderators. *Criminal Justice and Behavior, Vol. 35(2), PP. 228 - 243.*

Mann, B. J., & Mackenzie, E. P. (1996). Pathways among marital functioning, parental behaviors, and child behavior problems in school-age boys. *Journal of Clinical Child Psychology, Vol.25(2), PP. 183 - 191.*

Marmorstein, N. R., & Iacono, W. G. (2001) . An investigation of female adolescent twins with both major depression and conduct disorder . *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 40 (3), PP. 299 - 306 .*

Martel, M. M. ; Kikolas, M. ; Jernigan, K., ; Friderici, K., & Nigg, J. T. (2012). Diversity in pathways to common childhood disruptive behavior disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 40(8), PP.1223 - 1236.*

Martins, S. S. ; Lui, W. ; Hedden, S. L. ; Goldweber, A. ; Storr, C. L. ; Derevensky, J. L. ; Stinchfield, R. ; Ialongo, N. S., & Petras, H. (2013). Youth aggressive/disruptive

behavior trajectories and subsequent gambling among urban male Youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, Vol. 42(5), PP. 657 - 668.*

Mash, C. J., & Wolfe, D. A. (2007) . *Abnormal child psychology (3rd ed.)* . Belmont : Thomson Wadsworth.

Matthys, W., & Lochman, J. E. (2010). *Oppositional defiant disorder and conduct disorder in childhood.* New York: Wiley-Blackwell.

Maughan, B., & Rutter, M. (1998). Continuities and discontinuities in antisocial behavior from childhood to adult life. In T. H. Ollendick & R. J. Prinz (Eds.), *Advances in clinical child psychology (Vol.20, pp.1-47).*New York: Plenum Press.

Maughan, B. ; Pickles, A. ; Rowe, R. ; Costello, E. J., & Angold, A. (2000). Developmental trajectories of aggressive and non-aggressive conduct problems. *Journal of Quantitative Criminology, Vol. 16(2),PP.199 - 221.*

Maughan, B. ; Rowe, R. ; Messer, J. ; Goodman, R., & Meltzer, H. (2004) . Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample : Developmental epidemiology . *Journal of Child Psychology & Psychiatry, Vol. 45, PP. 609 - 621* .

McCabe, K. M. ; Hough, R. ; Wood, P. A., & Yeh, M. (2001). Childhood and adolescent onset conduct disorder : A test of the developmental taxonomy. *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 29(4), PP. 305 - 316.*

McConaughy, S. H., & Achenbach, T. M. (1994). *Manual for the*

Semistructured clinical interview for children and adolescent. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.

McNeil, C. B., & Hembree-Kigin, T. L. (2010). *Parent-child interaction therapy (2nd ed.).* New York: Springer.

Meltzer, H. ; Gatward, R. ; Goodman, R., & Ford, T. (2000). *Mental health of children and adolescents in great Britain* . London : The Stationery Office .

Miller, J. D. ; Lynam, D., & Leukefeld, C. (2003) . Examining antisocial behavior through the lens of the five factor model of personality . *Aggressive Behavior, Vol. 29, PP. 497 - 514.*

Mitsis, E. M. ; McKay, K. E. ; Schulz, K. P. ; Newcorn, J. H., & Halperin, J. M. (2000) . Parent - teacher concordance for DSM-IV attention - deficit hyperactivity disorder in a clinic - referred sample . *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 39(3), PP. 308 - 313* .

Moffitt, T. E. (2006). Life-course persistent versus adolescence-limited antisocial behavior . In D. Cichetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology (2nd ed., Vol. 3, pp. 570-598).* New York: Wiley.

Moffitt, T. E., & Lynam, D. R. (1994) . The neuropsychology of conduct disorder and delinquency: Implications for understanding antisocial behavior. In D. Fowles ; P. Sutker & S. Goodman (Eds.), *Psychopathy and antisocial personality: A developmental perspective (Vol. 18, pp. 233 - 262)* . New York : Springer .

Moffitt, T. E.. & Caspi, A. (2001). Childhood predictors differentiate life course persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males and females. *Development and Psychopathology, Vol. 13(2), PP. 355 - 375.*

Moffitt, T. E. ; Caspi, A. ; Rutter, M., & Silva, P. A. (2001) . *Sex differences in antisocial behavior : Conduct disorder, delinquency and violence in the dunedin longitudinal study* . Cambridge, England : Cambridge University Press.

Moffitt, T. E. ; Caspi, A. ; Harrington, H., & Milne, B. J. (2002). Males on the life-course-persistent and adolescence-limited antisocial pathways: Follow-up at age 26 years. *Development and Psychopathology, Vol.14(1), PP. 179 - 207.*

Molteno, G. ; Molteno, C. D. ; Finchilescu, G., & Dawes, A. R. (2001). Behavioral and emotional problems in children with intellectual disability attending special schools in Cape Tow South Africa. *Journal of Intellectual Disability Research, Vol. 45(6), PP. 515 - 520.*

Munoz, L. C., & Frick, P. I. (2007). The reliability, stability, and predictive utility of the self-report version of the antisocial process screening device. *Scandinavian Journal of Psychology, Vol.48(4), PP. 299 - 312.*

Munoz, L. C. ; Frick, P. J. ; Kimonis, E. R., & Aucoin, K. J. (2008). Types of aggression, responsiveness to provocation, and callous-unemotional traits in detained adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol.36(1),*

PP. 15 - 28.

Nada - Reja, S. ; Langley, J. D. ; McGee, R. ; Williams, S. M. ; Begg, D. J., & Reeder, A. I. (1997) . Inattentive and hyperactive behaviors and driving offenses in adolescence . *Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry, Vol. 36(4), PP. 515 - 522 .*

Nadder, T. S. ; Rutter, M. ; Silberg, J. L. ; Maes, H. H., & Eaves, L. J. (2002). Genetic effects on the variation and covariation of attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder / conduct disorder symptomatologies across informant and occasion of measurement . *Psychological Medicine, Vol. 32, PP. 39 - 53 .*

National Institute of Health (1998) . Diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder . *Consensus Development Conference Statement (Bethesda, Maryland, Nov. 16 - 18) .*

Nebrig, M. R., & Qta, K. (2003). Assessment of attention deficit/ hyperactivity disorder: An evaluation of six published rating scales. *school Psychology Review, Vol.32(2), PP. 241 - 262.*

Nigg, J. T., & Casey, B. J. (2005). An integrative theory of attention-deficit/hyperactivity disorder based on the cognitive and affective neurosciences. *Development and Psychopathology, Vol. 17(3),PP. 785 - 806.*

Nolen - Hoeksema, S. (2007) . *Abnormal psychology (4th ed.).* New York : McGraw Hill .

Nottelman, E. D., & Jensen, P. S. (1995) . Comorbidity of disorders in children and adolescents : Developmental perspectives . In T. H. Ollendick & R. J. Prinz (Eds.), *Advances in clinical child psychology (Vol.17, pp.109 - 125).* New York : Plenum.

Obradovic, J. ; Pardini, D. ; Long, J. D., & Loeber, R. (2007). Measuring interpersonal callousness in boys from childhood lo adolescence: An examination of longitudinal invariance and temporal stability. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, Vol. 36(3), PP. 276 - 292.*

O'Connor, E. ; Rodriguez, E. ; Cappella, E. ; Morris, J., & McClowry, S. (2012). Child disruptive behavior and parenting efficacy: A comparison of the effects of two models of insights. *Journal of Community Psychology, Vol. 40(5), PP. 555 - 572.*

Offord, D. R. ; Boyle, M. H. ; Fleming, J. E. ; Munroe, B. H., & Rae - Grant, N. L. (1989) . Ontario child health study : Summary of selected results . *The Canadian Journal of Psychiatry, Vol. 34,PP.483 - 491* .

Offord, D., & Bennett, K. (1994). Conduct disorder: Long - term outcomes and intervention effectiveness . *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 33, PP. 1069 - 1078* .

Ohan, J. L., & Johnston, C. (2005) . Gender appropriateness of symptom criteria for attention deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder . *Child Psychiatry and Human Development, Vol. 35(4), PP. 359 - 381.*

Olvera, R. L. ; Semrud - Clikeman, M. ; Pliszka, S. R., & O'Donnell, L. (2005) . Neuropsychological deficits in adolescents with conduct disorder and comorbid bipolar disorder : A pilot Study . *Bipolar Disorders, Vol. 7, PP. 57 - 67* .

O'Reilly, D. (2005). *Conduct disorder and behavioral parent training : Research and practice* . London : Jessica Kingsley Publishers .

Oxford, M. ; Cavell, T. A., & Hughes, J. N. (2003). Callous unemotional traits moderate the relation between ineffective parenting and child externalizing problems: A partial replication and extension. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, Vol.32(4), PP.577 - 585.*

Pagani, L. ; Boulerice, B. ; Vitaro, F., & Tremblay, R. F. (1999) . Effects of poverty on academic failure and delinquency in boys : A change and process model approach. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 40, PP. 1209 - 1219* .

Pardini, D. A. (2006). The callousness pathway to severe violent delinquency. *Aggressive Behavior, Vol.32(6),PP.590 - 598.*

Pardini, D. A. ; Lochman, J. E., & Powell, N. (2007). The development of callous unemotional traits and antisocial behavior in children: Are there shared and / or unique predictors?. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, Vol. 36(3), PP.319 - 333.*

Patrick, C. J. (2007). Getting to the heart of psychopathy. In H. Herves & J. C. Yuille (Eds.), *The psychopathy:*

Theory: research and practice (pp.207-252). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Patterson, G. R. (1982). *Coercive family process.* Eugene, OR: Costalia Press.

Patterson, G. R. (1986). Performance models for antisocial boys. *American Psychologist, Vol. 41(4),PP. 432 - 444.*

Patterson, G. R. (1996) . Some characteristics of a developmental theory for early-onset delinquency. In M. F. Lenzen - Weger & J. J. Haugaard (Eds.), *Frontiers of developmental psychopathology (pp.81-124).*New York : Oxford University Press .

Patterson, G. R. (2002). The early development of family coercive family process . In J. B . Reid , G. R. Patterson, & J. Snyder (Eds.), *Antisocial behavior in children and adolescents : A developmental analysis and model for intervention (pp.25 - 44).* Washington, DC: American Psychological Association .

Patterson, G. R. ; DeBaryshé, B. D., & Ramsey, E. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist,Vol.44(2), PP. 329-335.*

Patterson, G. R. ; Capaldi, D., & Bank, L. (1991). An early starter model for predicting delinquency . In D. J. Pepler & K. H. Bubin (Eds.). *The development and treatment of childhood aggression (pp.139-168).* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Patterson, G. R. ; Reid, J. B., & Dishion, T. J. (1992) . *Antisocial boys* . Eugene, OR: Castalia .

Patterson, G. R., & Forgatch, N. S. (1995). Predicting future clinical adjustment from treatment outcome and process variables. *Psychological Assessment, Vol.7, PP. 275 - 285.*

Patterson, R. ; Bauer, P. ; McDonald, C. A., & McDermott, B. (1997). A profile of children and adolescents in a psychiatric unit: Multidomain impairment and research implications. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, Vol.31, PP. 682 - 690.*

Pelham, W. E. ; Gnagy, E. M. ; Greenslade, K. E., & Milich, R. (1992). Teacher ratings of DSM-III-R symptoms for disruptive behavior disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 31(2), PP. 210 - 218* .

Pettit, G. F. ; Polaha, J. A., & Mize, J. (2001) . Perceptual and attributional processes in aggression and conduct problems. In J. Hill & B. Maughan (Eds.), *Conduct disorders in childhood and adolescence (pp.292-319)* . Cambridge : Cambridge University Press .

Philips, I., & Williams, N. (1977). Psychopathology and mental retardation: A statistical study of 100 mentally retarded children treated at a psychiatric clinic: II. Hyperactivity. *American Journal of Psychiatry, Vol. 134(4), PP. 418-419.*

Potegal, M. ; Kosorok, M., & Davidson, R. J. (2003). Temper tantrums in young children: 2. Tantrum duration and temporal organization. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, Vol. 24(3), PP. 148 - 154.*

Poulin, F., & Boivin, M. (2000). Reactive and proactive aggression:

Evidence of a two-factor model. *Psychological Assessment, Vol. 12(2), PP.115 - 122.*

Quay, H. C. (1989). The behavioral reward and inhibition systems in childhood behavior disorder . In L. M. Bloomingdale (Ed.) , *Attention deficit disorder III : New research in treatment, psychopharmacology and attention (PP.176-186).* New York : Pergamon .

Quay, H. C. (1999).Classification of the disruptive behavior disorder. In H. C. Quay & A. E. Hogan (Eds.), *Handbook of disruptive behavior disorders (pp. 3-21).* New York: Kluwer Academic / Plenum Publishers.

Quay, H. C., & Peterson, D. P. (1987). *Manual for the revised behavior problem checklist.* Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Quay, H. C. ; Routh, D. K., & Shapiro, S. K. (1987). Psychopathology of childhood: From description to validation. *Annual Review of Psychology ,Vol.38(1), PP. 491 - 532.*

Quine, L. (1986) Behavior problems in severely mentally handicapped children. *Psychological Medicine, Vol. 16 (4), PP. 895 - 907.*

Radu, I. (2009) . Conduct disorder and its relationship to oppositional defiant disorder factors contributing to their development . *Unpublished doctoral dissertation, University of Hartford .*

Raine, A. (1993). *The psychopathology of crime.* San Diego, CA: Academic Press.

Raine, A. (2002a) . Biosocial studies of antisocial and violent behavior in children and adults : A review . *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 30, PP. 311 - 326* .

Raine, A. (2002b) . The rôle of prefrontal deficits low autonomic arousal and early health factors in the development of antisocial and aggressive behavior in children . *Journal of Child Psychology, and Psychiatry, Vol. 43, PP. 417 - 434* .

Raine, A. ; Yaralian, P. S. ; Reynolds, C. ; Venables, P. H., & Mednick, S. A. (2002). Spatial but not verbal cognitive deficits at age 3 years in persistently antisocial individuals. *Development and Psychopathology, Vol. 14(1), PP. 25 - 44.*

Rapoport, J. (1996) : *Neurological research update on attention deficit disorders* . Paper presented at the annual meeting of CH. A. D. D., Chicago, Il.

Rapoport, J. L. ; Donnelly, M. ; Zametkin, A., & Carrougher, J. (1986) . Situational hyperactivity a U. S. clinical setting . *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 27(5), PP. 639 - 646* .

Reiss, S., & Rojahn, J. (1993). Joint occurrence of depression and aggression in children and adults with mental retardation. *Journal of Intellectual Disability Research, Vol. 37(3), PP.287-294.*

Rey, J. M. ; Walter, G., & Soutullo, C. A. (2007). Oppositional defiant and conduct disorders. In A. Martin & F. R. Volkmar (Eds.), *Lewis's child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook (4th ed., pp. 454 -466).* Philadelphia, PA: Lippincott Williams &

Wilkins.

Richman, N. ; Stevensen, L., & Graham, P. J. (1982). *Pre-school to school: A behavioral study.* London : Academic Press.

Richman, N., & Graham, P. (1971). A behavioral screening questionnaire for use with three - year - old children : Some preliminary findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 12(1), PP. 5 - 33.*

Roberts, B. W., & DelVecchio, W. F. (2000). The rank-order consistency of personality traits from childhood to old age: A quantitative review of longitudinal studies. *Psychological Bulletin, Vol.126(1), PP. 3 - 25.*

Rojahn, J. (1994). Epidemiology and Topographic taxonomy of self –injurious behavior. In T. Thompson & D. B. Gray (Eds.), *Destructive behavior in developmental disabilities: Diagnosis and treatment (pp.49-67).* Thousand Oaks, CA: Sage.

Rose, S. L. ; Rose, S. A., & Feldman, J. F. (1989). Stability of behavior problems in very young children. *Development and Psychopathology, Vol.1(1), PP.5 - 19.*

Rowe, R. : Maughan, B. ; Costello, J. E., & Angold, A. (2005) . Defining oppositional defiant disorder . *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 46 (12), PP. 1309 - 1316 .*

Rowe, R. ; Maughan, B. ; Moran, P. ; Ford, T. ; Briskman, J., & Goodman, R. (2009). The role of callous and unemotional traits in the diagnosis of conduct disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry,*

Vol.51(6), PP.688 - 695.

Rueda, M. R. ; Posner, M. 1., & Rothbart, M. K. (2005). The development of executive attention: Contributions to the emergence of self-regulation. *Developmental Neuropsychology, Vol. 28(2),PP. 573 - 594.*

Runions, K. C., & Keating, D. P. (2007). Young children's social information processing: Family antecedents and behavioral correlates. *Developmental Psychology, Vol. 43(4),PP. 838 - 849.*

Sarah, A. O. ; Alice, S. C. ; Margaret, J. B. - G. ; Carri, H. ; Barbara, D. ; Kate, K., & Lauren, S. W. (2012). Reschool children's observed disruptive behavior: Variations across sex, interactional context, and disruptive psychopathology. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, Vol. 41(4),PP. 499 - 507.*

Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (2006) . *Abnormal psychology : The problem of maladaptive behavior (11th ed.)* . New Delhi : Prentice - Hall of India .

Schuhmann, E. M. ; Foote, R. ; Eyberg, S. M. ; Boggs, S., & Algina, J. (1998). Efficacy of parent-child interaction therapy; Interim report of a randomized trial with short-term maintenance. *Journal of Clinical Child Psychology, Vol. 27(1), PP. 34-54.*

Schutter, D. J. ; Bokhoven, J. V. ; Vanderschuren, L. J. ; Lochman, J. E., & Matthys, W. (2011). Risky decision making in substance dependent adolescents with a disruptive behavior disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol.39, PP. 333 - 339.*

Schwab-Stone, M. ; Fisher, P. ; Piacentini, J. ; Shaffer, D. ; Davies, M., & Briggs, M. (1993). The diagnostic interview schedule for children-revised version (DISC-R): II. Test-retest reliability. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol.32(3), PP. 651 - 657.*

Searight, R. H. ; Rottnek, F., & Abby, S. L. (2001) . Conduct disorder : Diagnosis and treatment in primary care . *American Family Physician, Vol. 63(8), PP.1579-1588 .*

Sege, R., & Dietz, W. (1994) . Television viewing and violence in children : The pediatrician as agent for change . *Pediatrics, Vol. 94, PP. 600 - 607 .*

Seguin, J. R. ; Boulerice, B. ; Harden, P. W. ; Tremblay, R. E., & Pihl, R. O. (1999) . Executive functions and physical aggression after controlling for attention deficit hyperactivity disorder, general memory and IQ . *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 4., PP. 1197 - 1208 .*

Sergeant, J. A. (1995) . Hyperkinetic disorder revisited . In A. Sergeat (Ed.), *Eunethydis: European approaches to hyperkinetic disorder (pp.7-17).* Amsterdam : Author .

Shaffer, D. ; Schwab-Stone, M. ; Fisher, P. ; Cohen, P. ; Piacentini, J. ; Davies M. ; Conners, C. K. et al. (1993). The diagnostic interview schedule for children-revised version (DISC-R): I. Preparation field testing, interrater reliability, and acceptability. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol.32(3), PP. 643 - 650.*

Shelton, T. L. ; Barkley, R. A. ; Crosswait, C. ; Moorehouse, M.; Fletcher, K.; Jenkins, L., & Metevia, L. (2000). Multimethod psychoeducational intervention for preschool children with disruptive behavior: Two - year post-treatment follow-up. *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 28(3), PP. 253 - 266.*

Silberg, J. ; Rutter, M. ; D'onofrio, B. ; Eaves, L. (2003). Genetic and environmental risk factors in adolescent substance use . *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 44, PP. 664- 676.*

Simonoff, E. (2001) . Gene-environment interplay in oppositional defiant and conduct disorder . *Child and Psychiatric Clinics of North America, Vol. 10, PP. 351 - 374 .*

Smith, E. A., & Van Houten, R. (1996). A Comparison of the characteristics of self-stimulatory behaviors in normal children and children with developmental delays. *Research in Developmental Disabilities, Vol.17 (4), PP. 253 - 268.*

Snyder, D. K. (1981). *Marital satisfaction inventory (MSI). manual.* Los Angeles, California: Western Psychological Services.

Sondeijker, F. E. ; Ferdinand, R. F. ; Oldehinkel, A. J. ; Veenstra, R. ; Tiemeier H. ; Ormel, J. & Verhulst, F. C. (2007). Disruptive behaviors and hypothalamic pituitary adrenal - axis activity in young adolescent boys and girls from the general population. *Journal of Psychiatric Research, Vol. 41(7), PP. 570 - 578.*

Sondeijker, F. E. ; Ferdinand, R. F. ; Oldehinkel, A. J. ; Veenstra, R. ; Tiemeier H. ; Ormel, J. & Verhulst, F. C. (2007).

Disruptive behaviors and hypothalamic pituitary adrenal - axis activity in young adolescent boys and girls from the general population. *Journal of Psychiatric Research, Vol. 41(7),PP. 570 - 578.*

Speltz, M. L. ; Deklyen, M. ; Colderon, R. ; Greenberg, M. T., & Fisher, P. A. (1999). Neuropsychological characteristics and test behaviours of boys with early onset conduct problems . *Journal of Abnormal Psychology, Vol. 108, PP. 315 - 325* .

Spinrad, T. L. ; Eisenberg, N. ; Gaertner, B. ; Popp, T. ; Smith, C. L. ; Kupfer, A., & Hofer, C. (9007). Relations of maternal socialization and toddlers' effortful control to children's adjustment and social competence. *Developmental Psychology 43(5), PP. 1170 - 1186.*

Stein, M. A. ; Weiss, R. E. , & Refetoff, S. (1995) . Neurocognitive characteristics of individuals with resistance to thyroid hormone : Comparisons with individuals with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, Vol. 16(6), PP. 406 - 411.*

Steiner, H. ; Remsing, L., & Work Group Quality Issues (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 46(1), PP. 126 - 141.*

Sterba, S. ; Egger, H. L., & Angold, A. (2007). Diagnostic specificity and non-specificity in the dimensions of preschool psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol.48(10),PP.1005-1013.*

Stevenson, J., & Goodman, R. (2001). Association between behavior at age 3 years and adult criminality. *The British Journal of Psychiatry, Vol.179(3), PP.197-202.*

Strigaris, A., & Goodman, R. (2009a). Longitudinal outcomes of youth oppositionality: Irritable, headstrong, and hurtful behaviors have distinctive predictions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 48(4), PP. 404 - 412.*

Strigaris, A., & Goodman, R. (2009b). Three dimensions of oppositionality in youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 50(3), PP.216 -223.*

Stringaris, A. ; Maughan, B., & Goodman, R. (2010). What's in a disruptive disorder? Temperamental antecedents of oppositional defiant disorder: Findings from the Avon longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 49(5),PP. 474 - 483.*

Sukhodolsky, D. G. ; Golub, A. ; Stone, F. C., & Orban, L. (2005). Dismantling anger control training for children: A randomized pilot study of social problem-solving versus social skills training components. *Behavior Therapy, Vol. 36(1), PP. 15 - 23.*

Tackett, J. L. ; Krueger, R. F. ; Sawyer, M. G., & Graetz, B. W. (2003). Subfactors of DSM-IV conduct disorder: Evidence and connections with syndromes from the child behavior checklist. *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 31(6), PP. 647 - 654.*

Tackett, J. L. ; Krueger, R. F., & Iacono, W. G. (2005). Symptom-

based subfactors of DSM-defined conduct disorder: Evidence for etiologic distinctions. *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 114(3), PP. 483 - 487.*

Tannock, R. ; Martinussen, R., & Frijters, J. (2000) . Naming speed performance and stimulant effects indicate effortful, semantic processing deficits in attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol.28(3), PP. 237 - 252 .*

Taylor, J. ; Jacono, W. G., & McGue M. (2000) . Evidence for a genetic etiology of early-onset delinquency . *Journal of Abnormal Psychology, Vol. 109, PP. 634 - 643 .*

Thomas, R., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). Behavioral outcomes of Parent-child interaction therapy and triple p – positive parenting program: A review and meta analysis . *Journal of Child Psychology, Vol.35(3), PP. 475 - 495 .*

Thomson, M. J ; Stevenson, J. ; Sonuga - Barke, E., & Nott, P. (1996) . Mental health of preschool children and their mothers in a mixed urban/rural population : I. Prevalence and ecological factors . *British Journal of Psychiatry, Vol. 168, PP.16 - 20 .*

Tolan, P. H. ; Gorman - Smith, D., & Henry, D. B. (2003) . The developmental ecology of urban males' youth violence . *Developmental Psychology, Vol. 39, PP. 274 - 291.*

Tremblay, R. E. (2000) . The development of aggressive behavior during childhood : What have we learned in the past century?. *International Journal of Behavioral*

Development, Vol. 24, PP. 129 - 141.

Tremblay, R. E. (2010). Developmental origins of disruptive behavior problems: The original sin hypothesis, epigenetics and their consequences for prevention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol.51(4), PP.341 - 367.*

Tremblay, R. E. ; Nagin, D. S. ; Seguin, J. R. ; Zoccolillo, M.; Zelazo, P. D. ; Boivin, M. ; Perusse, D., et al. (2004). Physical aggression during early childhood: Trajectories and predictors. *Pediatrics, Vol. 114(1), PP. 43 - 50.*

Troster, H. (1994). Prevalence and functions of stereotyped behaviors in nonhandicapped children in residential care. *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 22(1), PP. 79 - 97.*

True, W. R. ; Heath, A. C. ; Scherrer, J. F. ; Xiam, H. ; Lin, N. ; Eisen, S. A., et al. (1999) . Interrelationship of genetic and environmental influences on conduct disorder and alcohol and marijuana dependence symptoms . *American Journal of Medicine Genetic, Vol. 88, PP. 391 - 397.*

Ullman, R. K. ; Sleator, E. K., & Sprague, R. L. (1984). A new rating scale for diagnosis and monitoring of ADD children. *Psychopharmacology Bulletin, Vol.20(1), PP. 160-164.*

Ullman, R. K. ; Sleator, E. K., & Sprague, R. L. (1985). A change of mind: Conners' abbreviated rating scales reconsidered. *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol.13(4), PP. 553 - 565.*

Ullman, R. ; Sleator, E., & Sprague, R. (1988). *Manual for the ADD-H comprehensive teachers' rating scale.* Champaign, Il: Meri-Tech.

Van Lier, P. A. (2002). *Preventing disruptive behavior in early elementary school children.* Netherlands: Rotterdam.

Van Lier, P. A. C. ; Muthen, B. O. ; Van der Sar, R. M., & Crijmen, A. A. M. (2004). Preventing disruptive behavior in elementary school children : Impact of a universal classroom-based intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 72(3), PP. 467 - 478.*

Veiga, F. H. (2008). Disruptive behavior scale professed by students (DBS-PS) : Development and validation. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, Vol. 8(2), PP. 203 - 216.*

Wakschlag, L. S. ; Briggs-Gowan, M. J. ; Carter, A. S. ; Hill, C. ; Danis, B. ; Keenan, K. ; McCarthy, K. J., et al. (2007). A developmental framework for distinguishing disruptive behavior from normative misbehavior in preschool children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 48(10), PP. 976 - 987.*

Wakschlag, L. S. ; Henry, D. B. ; Blair, J. R. ; Dukic, V. ; Burns, J., & Pickett, K. E. (2011). Unpacking the association: Individual differences in the relation of prenatal exposure to cigarettes and disruptive behavior phenotypes. *Neurotoxicology and Teratology, Vol. 33(1), PP. 145 - 154.*

Wakschlag, L. S. ; Hill, C. ; Carter, A. S. ; Danis, B. ; Egger, H. L. ; Keenan, K. ; Leventhal, B. L., et al. (2008). Observational assessment of preschool disruptive

behavior, part 1: Reliability of the disruptive behavior diagnostic observation schedule (DB-DOS). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 47(6),PP. 622 - 631.*

Wakschlag, L. S. ; Tolan, P. H, & Leventhal, B. L. (2010). Research review: "Ain't misbehaving ": Towards a developmentally specified nosology for preschool disruptive behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 51(1), PP. 3 - 22.*

Wakschlag, L. S. ; Henry, D. B. ; Tolan, P. H. ; Carter. A. S. ; Burns, J. L., & Briggs-Gowan, M. J. (2012). Putting theory to the test: Modeling a multidimensional, developmentally-based approach to preschool disruptive behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 51(6), PP. 693 - 604.*

Walker, J. (2010). *Research methods and statistics.* New York: Palgrave Macmillan.

Walters, G. D. (2005). Proactive and reactive aggression: A lifestyle view. In J. P. Morgan (Ed.), *Psychology of aggression (pp. 29 - 43).* Hauppauge, NY: Nova Science.

Wang, Y. ; Horst, K. K. ; Kronenberger, W. G. ; Hummer, T. A. ; Mosier, K. M. ; Kalnin, A. J. ; Dunn, D. W., & Mathews, V. P. (2012). White matter abnormalities associated with disruptive behavior disorder in adolescents with and without attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry Research : Neuroimaging, Vol. 202, PP. 245 - 251.*

Waschbusch, D. A. (2002). A meta-analytic examination of

comorbid hyperactive-impulsive attention problems and conduct problems. *Psychological Bulletin, Vol. 128(1), PP. 118 - 150.*

Waschbusch, D. A. ; Carrey, N. J. ; Willoughby, M. T. ; King, S., & Andrade, B. F. (2007). Effects of methylphenidate and behavior modification on the social and academic behavior of children with disruptive behavior disorders: The moderating role of callous/unemotional traits. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, Vol. 36(4), PP.629 - 644.*

Wakschlag, L. S. ; Henry, D. B. ; Tolan, P. H. ; Carter. A. S. ; Burns, J. L., & Briggs-Gowan, M. J. (2012). Putting theory to the test: Modeling a multidimensional, developmentally-based approach to preschool disruptive behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 51(6), PP. 693 - 604.*

Webster-Stratton, C. (1989). Systematic comparison of consumer satisfaction of three cost - effective parent training programs for conduct problem children. *Behavior Therapy, Vol.20(1),PP.103 - 115.*

Webster-Stratton, C. (1990) . Long-term follow-up of families with young conduct problem children: From preschool to grade school . *Journal of Clinical Child Psychology, Vol. 19, PP. 144 - 149*.

Webster-Stratton, C. (1992). *The incredible years:A trouble-shooting guide for parents of children ages 3 - 8 years Toronto.* Canada : Umbrella, Press.

Webster-Stratton, C. (1994). Randomized trial of two parent-training programs for families with conduct-disordered children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 52(4), PP. 666 - 678.*

Webster-Stratton, C. (1995). Parenting conduct problems in Head Start Children : Preliminary short term result. *Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development, Indianapolis.*

Webster-Stratton, C. (1998). Preventing conduct problems in head start children : Strengthening parenting competencies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 66, PP. 715 - 730.*

Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1997). Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 65(1), PP. 93 - 109.*

Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1999) . Marital conflict management skills parenting style, and early-onset conduct problems : Processes and pathways . *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 40, PP. 917 - 928 .*

Webster-Stratton, C. & Hancock, L.(1998). Training for parents of young children with conduct problems. In C. F. Schaefer & J. M. Briesmeister (Eds.), *Handbook of parent training (pp. 98 -152).* New York : Wiley.

Webster-Stratton, C., & Reid, M. J. (2003a) . The incredible years parents, teachers, and children training series : A multifaceted treatment approach for young children

with conduct problems . In A. E. Kazdin & J. R. Weisz (Eds.), *Evidence based psychotherapies for children and adolescents (pp. 224 - 249).* New York : Guilford .

Webster-Stratton, C., & Reid, M. J. (2003b). Treating conduct problems and strengthening social and emotional competence in young children: The Dina Dinosour treatment program. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, Vol. 11(3), PP. 130 -143.*

Webster-Stratton, C., & Spitzer, A. (1996) . Parents a young children with conduct problems: New insights using qualitative methods . In T. H. Ollendick & R. S. Prinz (Eds.), *Advances in clinical child psychology (Vol.18, pp. 1 - 62).* New York : Plenum Press .

Weisz, J. R. (2004) . *Psychotherapy for children and adolescents : Evidence - based treatments and case examples .* United Kingdom : Cambridge University Press .

Werra, B. ; Eyberg, S. A. ; Boggs, S.ting R., & Algina, J. (2006). Predicting outcome in Parent-child interaction therapy success and attrition. *Behavior Modification, Vol.30(5), PP. 618 - 646.*

West, A. E. ; Weinstein, S. M. ; Celio, C. I. ; Henry, D. & Pavuluri M. N. (2011). Co-morbid disruptive behavior disorder and aggression predict functional outcomes and differential response to risperidone versus divalproex in pharmacotherapy for pediatric bipolar disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, Vol. 21(6), PP. 545 - 553.*

West, A. E. ; Weinstein, S. M. ; Celio, C. I. ; Henry, D. & Pavuluri

M. N. (2011). Co-morbid disruptive behavior disorder and aggression predict functional outcomes and differential response to risperidone versus divalproex in pharmacotherapy for pediatric dipolar disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, Vol. 21(6), PP. 545 - 553.*

White, S. R. (2006) . Treating conduct disorder in children : An intervention for parents with an emphasis on attachment theory . *Unpublished doctoral dissertation Alliant International University, San Francisco .*

Wied, M. ; Wied, C. G., & Van Boxtel, A. (2010). Empathy dysfunction in children and adolescents with disruptive behavior disorders. *European Journal of Pharmacology, Vol.626, PP. 97-103.*

Wilmshurst, L. (2009). *Abnormal child psychology : A developmental perspective* . New York : Routledge .

Wilson, S. L., & Lipsey, M. W. (2007). School-based interventions for aggressive and disruptive behavior : Update of a meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine, Vol. 33(25), PP. 5130 - 5143.*

Wilson, S. L., & Lipsey, M. W. (2007). School-based interventions for aggressive and disruptive behavior: Update of a meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine, Vol.33(25), PP. 5130 -5143.*

Wolfe, D. A. (1999). *Child abuse: Implications for child development and psychopathology.* Thousand Oaks, CA : Sage Publications Ltd.

Woodward, L J. ; Fergusson, D. M., & Horwood, L J (2002).

Romantic relationships of young people with childhood and adolescent onset antisocial behavior problems. *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 30(3), PP. 231 - 243.*

Woolfenden, S. R. ; Williams, K., & Peat, J. K. (2002) . Family and parenting interventions for conduct disorder and delinquency: A meta-analysis of randomised controlled trials . *Archives of Disease in Childhood, Vol. 86(4), PP. 251 - 256* .

Wootton, J. M.; Frick, P. J. ; Sheiton, K. K., & Silverthorn, P. (1997) . Ineffective parenting and childhood conduct problems : The moderating role of callous-unemotional traits . *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol.65, PP. 301 - 308* .

World Health Organization (1992). *The tenth revision of the international classification of diseases and related health problems (ICD -10).* Geneva : World Health Organization .

Young, S. (2002). A model of psychotherapy for with ADHD. In S. Goldstein & A. Teeter (Eds.), *Clinical interventions for adult ADHD : A comprehensive approach (pp. 147- 163).* Harcourt : Academic Press.

Young, S., & Toone, B. (2000) . Attention deficit hyperactivity disorder in adults : Clinical issues a report from the first NHS clinic in the UK . *Counseling Psychology Quarterly, Vol.13(3), PP. 313 - 319.*

Zimmerman, M. ; Sheeran, T., & Young, D. (2004). The Diagnostic inventory for depression: A self report scale to diagnose DSM-IV major depressive disorder. *Journal*

of Clinical Psychology, Vol.60(1), PP. 87-110.

Zisser, A., & Eyberg S. M. (2010). Parent-child interaction therapy and the treatment of disruptive behavior disorders. In J. R. Weisz & A. E. Kazdin (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents (2nd ed., pp.179-193).* New York: The Guilford Press.

Zoccolillo, M. (1993). Gender and the development of conduct disorder. *Development and Psychopathology, Vol. 5, PP. . 65 - 78.*

فهرس الموضوعات

الموضوع	الصفحة

الموضوع	الصفحة

الموضوع	الصفحة

الموضوع	الصفحة

الموضوع	الصفحة

الموضوع	الصفحة

يعد مصطلح السلوك الفوضوى أو السلوك التدميرى أو السلوك المعرقل أو المعطل أحد المفاهيم الحديثة فى مجال الصحة النفسية ، وهذا المفهوم يتداخل مع السلوك العدوانى وسلوك العنف . وهناك العديد من الدراسات التى تناولت السلوك فى إطار الفئات الخاصة بإعتباره من المظاهر السلوكية الشائعة لدى هؤلاء الأفراد ولقد تناولنا فى هذا الكتاب مفهوم الاضطراب وخصائصه ومكوناته ومعدلات انتشاره والحالة المرضية المشتركة والمعالم الكلينيكية للاضطراب وعوامل المخاطرة وكذلك تشخيص ضطرابات السلوك الفوضوى واسباب حدوث الاضطراب والعلاجات النفسية والدوائية للاضطراب والمكونات النفسية والمعرفية للسلوك الفوضوى وأبعاد اضطراب السلوك الفوضوى والسمات القاسية غير الانفعالية لاضطرابات السلوك الفوضوى وتصنيفات اضطراب السلوك الفوضوى وتقدير اضطراب السلوك الفوضوى وكذلك اضطراب السلوك الفوضوى لدى المتأخرين عقلياً والقضايا الأخلاقية المتعلقة ببحوث اضطرابات السلوك الفوضوى وكذلك تدريب الآباء الذين لديهم أطفال صغار يعانون من مشكلات سلوكية وأخيراً مقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوى .

